This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

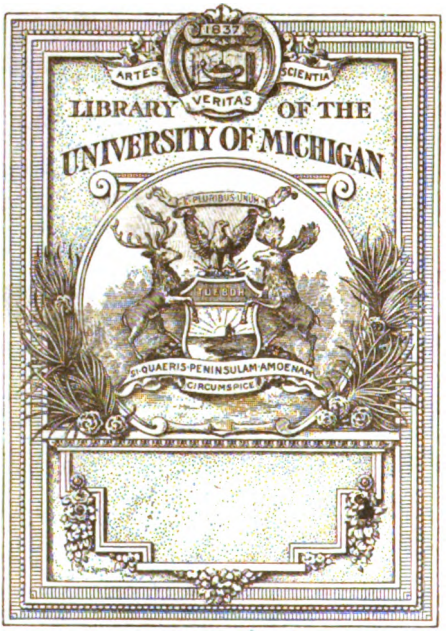
+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

9015 00222 625 9
University of Michigan - BUHR

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Digitized by Google

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi.

Digitized by Google

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par MM. ISAMBERT, KRISHABER LADREIT DE LACHARRIÈRE

PUBLIÉES PAR

A. GOUGUENHEIM ET **M. LERMOYEZ**
Médecin de l'hôpital Lariboisière. Médecin des hôpitaux.

Avec la collaboration de

MM. les Drs Aysaguer, H. Chatellier, Gellé, Ménière, Lœwenberg, Cuvillier J.-B. Marty, Mounier, Glover et Castex (de Paris), Garel, médecin des hôpitaux de Lyon, A. Joly (de Lyon), Vacher (d'Orléans), Lannois, agrégé de la Faculté et médecin des Hôpitaux de Lyon, Dugardin (du Havre), Couetoux (Nantes), Hamon du Fougeray (le Mans), Sénac-Lagrange (de Cauterets), Aigre (Boulogne-sur-Mer), Raugé (Chailes), F. Suarez de Mendoza (Angers), Lichtwitz (Bordeaux), Delstanche et Capart (de Bruxelles), Schiffers (de Liège), E. Woakes (de Londres), T. Heryng (de Varsovie), Politzer, Schrœtter et Chiari (de Vienne), Labus (de Milan), Szenes (Budapest), Solis-Cohen (de Philadelphie), Cl. Blake (de Boston), Zaufal (Prague), Cozzolino (de Naples), Lange (de Copenhague), P. Koch (de Luxembourg et Nancy), Lublinski (de Berlin), Ouspenski (de Moscou), Lennox Browne (de Londres), Jacobson et F. Peltesohn (de Berlin), Bryson Delavan (de New York), Randall et Sajous (Philadelphie), Ziem (de Danzig), Hajek (Vienne), G. Gradenigo (Turin), A.-J. Beehag (Sidney), Strazza (Gênes), Fenoglio (Cagliari), D'Aguanno (Palerme), Laurent (de Bruxelles), C. M. Desvernine (la Havane).

Et avec le concours de

MM. les Professeurs Verneuil, Duplay, Tillaux, Drs de Saint-Germain, Terrier, Berger, Périer, Pozzi, Labbé, Horteloup, Humbert, Richelot, Terrillon, Reclus et Picqué, chirurgiens des hôpitaux de Paris, Professeurs Fournier, Grancher, Proust, Drs C. Paul, Dujardin-Beaumetz, Ollivier, J. Simon, Descroizilles, Sevestre, Hallopeau, Huchard, Labadie-Lagrave, Danlos, Alb. Robin, Balzer, Barth, Letulle, Chauffard, Netter, médecins des hôpitaux de Paris, Nimier, agrégé au Val-de-Grâce, J. Teissier, profr à la Faculté de Lyon, Coyne et Masse, profrs à la Faculté de Bordeaux, Drs Leval, Hischmann, R. Leudet, Plicque, P. Le Noir, P. Tissier, Reblaub et Rogues de Fursac, ex-internes des hôpitaux de Paris, Gastou, Dudefoy, Mendel, Hélary et Mme Nageotte, internes des hôpitaux de Paris.

TOME XVIII. — 1892.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
Agents en Amérique : P. BLAKISTON, SON ET Cie
1012, WALNUT STREET, PHILADELPHIE
Annonces : Viellard d'Orgeville, 24, rue de la Glacière

1892

Digitized by Google

Digitized by Google

Janvier 1892. — N° 1.

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

COMPLICATIONS AURICULAIRES AU COURS DE LA LEUCOCYTHÉMIE.

Par le Dr M. LANNOIS, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

Les manifestations de la leucémie du côté de l'organe de l'ouïe ont été beaucoup moins étudiées que celles qui atteignent l'organe de la vue, et cependant on peut dire qu'elles ont été signalées par les premiers observateurs. C'est ainsi que Vidal (1) dans sa thèse et dans un mémoire de la *Gazette hebdomadaire* (1856) cite l'observation d'un malade qui avait eu de l'otorrhée dans sa jeunesse et qui, au cours de la leucémie, eut des bourdonnements et de la surdité très prononcée. Il rapporte également une observation qui lui avait été communiquée par Barh et qui remontait à l'année 1839, c'est-à-dire à une époque où on ne diagnostiquait pas encore la leucocythémie : il s'agissait d'une femme qui, six semaines avant son entrée à l'hôpital, avait subitement perdu l'ouïe. Au total, Vidal trouve des troubles de l'audition 3 fois sur un total de 32 leucocythémiques.

Un auteur allemand, Walther (2), dans une revue critique intéressante où il cite les cas de Vidal et des observations de Blake, de Magnus Huss, de Mulder, de Bamberger, de

(1) Vidal. *Gaz. hebdomadaire*, 1856, p. 167, 201, 235.
(2) Walther. *Schmidt's Jahrbücher*, 1858, p. 217.

295168

Digitized by Google

Becquerel (1) appelle l'attention sur les symptômes subjectifs présentés par plusieurs malades : douleurs de tête, vertiges, bourdonnements d'oreilles, battements de cœur, troubles de la vue, dureté de l'ouïe et *même surdité récemment signalée dans plusieurs cas.*

En 1861, J. Simon (2) énumère la surdité dans les symptômes possibles de la leucémie et rapporte un cas de surdité prononcée avec bourdonnements survenue au cours de la maladie. Il en est de même un peu plus tard du Dr Obet (3) dans une thèse de Montpellier.

Mais dans la plupart de ces observations, les troubles de l'ouïe ne sont signalés que d'une manière très incidente et, en tout cas, n'ont donné lieu à aucune constatation anatomique. C'est ce que fait remarquer Isambert (4) qui, après avoir cité une statistique personnelle très analogue à celle de Vidal (4 cas sur 41), ajoute : « Nous ne connaissons aucune recherche anatomique faite sur l'oreille interne, bien que la surdité ait été notée assez souvent chez les sujets leucocythémiques. »

La même pénurie de documents est signalée par Jaccoud et Labadie-Lagrave (5) : « Nous rapprocherons des troubles de la vue les troubles de l'ouïe constatés dans quelques observations, quoique leur pathogénie soit bien obscure. Tiennent-ils à quelque lésion anatomique spéciale ou seulement à la faiblesse générale ? Telle est la question qui se pose naturellement à l'esprit et à laquelle il est impossible de répondre en l'absence de renseignements circonstanciés et de preuves anatomiques. »

Nous pourrions citer encore plusieurs auteurs, Perrin,

(1) Blache. *Bull. Acad. de méd.*, 1856, vol. 21. — Magnus Huss. *Arch. de méd.*, 1857, p. 291. — Mulder. *Nederlands voor Geneeskunde*, 1856, et *Gaz. hebd.*, 1860. — Bamberger. *Phys. med. Gesellsch. zu Würzburg*, 1858, et *Schmidt's Jahrb.*, 1858, p. 203. — Becquerel, *Union médicale*, 1856, p. 538. — Pour des renseignements bibliographiques plus complets je renverrai à la thèse soutenue à Lyon sur ce sujet par un de mes élèves, le Dr Manificat (novembre 1891).

(2) J. Simon. *Thèse de Paris*, 1861.

(3) Obet. *Thèse de Montpellier*, 1868.

(4) Isambert. Art. Leucocythémie du *Dictionnaire Dechambre*.

(5) Jaccoud et Labadie-Lagrave. Art. Leucocythémie du *Dictionnaire Jaccoud*.

Digitized by Google

Pfeffer, Friedlænder, Mosler, comme ayant noté les troubles de l'ouïe dans la leucémie d'une manière plus ou moins explicite : nous préférons renvoyer à la thèse de Manificat à laquelle nous avons déjà fait allusion et arriver aux observations remplissant le desideratum exprimé par Isambert et par Jaccoud et Labadie-Lagrave, c'est-à-dire à celles où l'examen nécroscopique a été fait et a démontré l'existence de lésions anatomiques. Donnons cependant encore une mention spéciale à l'un des cas de Mosler dans lequel la surdité fut subite et complète dans les deux oreilles à la suite d'une épistaxis abondante et que l'auteur croit pouvoir rapporter à une hémorragie dans l'organe auditif. Notons aussi deux observations de Gottstein, que nous retrouverons plus loin.

Ce n'est vraiment qu'avec l'observation lue par Politzer au Congrès de Bâle en 1884, qu'on commence à s'occuper sérieusement de la question. Le cas de Politzer était d'ailleurs particulièrement intéressant : chez un malade ayant eu de l'otorrhée dans l'enfance et présentant une perte complète du tympan à gauche, on voit survenir brusquement de la surdité précédée la veille de vertiges, d'éclairs devant les yeux et de bourdonnements d'oreilles. A l'autopsie de l'oreille, lésions anciennes et des exsudats leucémiques récents dans diverses parties du labyrinthe.

Très peu de temps après, le Dr Blau (1) publiait le cas intéressant d'un leucocythémique qui eut trois fois, sous l'influence des secousses provoquées par des promenades en voiture, des accès typiques du syndrome de Ménière avec vertiges, nausées, vomissements, bourdonnements et bruits violents à timbre métallique. Malheureusement il manque à cette observation si curieuse un examen nécroscopique permettant de préciser le siège de la lésion.

Nous devons une mention spéciale au mémoire de Gradenigo (2) non seulement parce que son travail est très complet, mais aussi parce que dans son cas, où l'autopsie a été

(1) Blau. *Zeitschrift für klinische Medicin*, t. X, p. 15.
(2) Gradenigo. Das Gehörorgan bei der Leukämie (*Arch. f. Ohrenheilk.*, vol. XXIII, p. 242).

Digitized by Google

faite, il n'y avait pas de lésions de l'oreille interne, mais seulement des hémorragies interstitielles dans la muqueuse de la caisse. Le malade n'avait d'ailleurs eu que de la surdité sans vertiges.

Gellé (1) a publié également une observation instructive dans laquelle il survint de la paralysie de la face et de la surdité chez un malade qui fut ultérieurement reconnu comme leucocythémique. Il en avait été de même chez le malade de Politzer, où la leucocythémie ne fut diagnostiquée par Bamberger qu'après l'apparition des troubles auditifs. Malheureusement aussi l'observation de M. Gellé manque d'autopsie.

Il ne me reste plus à signaler que deux cas qui ont été publiés par le professeur Steinbrügge au point de vue anatomique. Dans le premier (2) il y avait des hémorragies récentes dans le limaçon ; dans le second (3) que je connais seulement par un court résumé de son traité d'anatomie pathologique de l'oreille, la malade avait des hémorragies à la fois dans la caisse et dans l'oreille interne.

Telles sont les seules données sur les complications auriculaires de la leucocythémie qu'il m'ait été possible de réunir dans mes recherches bibliographiques. Elles se résument, on le voit, en un très petit nombre d'observations dont quatre seulement avec autopsie. Il me reste maintenant à faire connaître l'observation que j'ai recueillie moi-même, alors que j'avais l'honneur de suppléer M. le professeur Lépine. Cette observation est déjà publiée en partie dans une thèse de Lyon (4) et le malade me servit à faire une leçon clinique qui a été publiée plusieurs mois avant sa mort (5).

(1) Gellé. Leucocythémie. Début par de la surdité et de la paralysie de la face (*Mém. de la Soc. française d'otologie et de laryngologie*, t. V, fasc. 1, p. 46).

(2) Steinbrügge. Labyrintherkrankung in einen Falle von Leukämia (*Zeits. f. Ohrenh.*, vol. XVI, p. 238.)

(3) Steinbrügge. *Die pathol. Anat. des Gehörorgans;* in *Lehrb. der spec. pathol. Anatomie* de Orth.., 6e livraison, p. 115.

(4) Baissas. Étude morphologique du sang leucocythémique (*Thèse de Lyon*, 1890).

(5) Lannois. *Province médicale*, 10 janvier 1891.

Digitized by Google

OBSERVATION I (inédite)

Leucocythémie de longue durée. Syndrome de Ménière et surdité complète survenus huit mois avant la mort. Lésions labyrinthiques.

B..., Louis, cultivateur, 34 ans. Père mort de phtisie. Mère morte d'une attaque d'apoplexie. Pas d'impaludisme. Pas de syphilis. Aucun excès alcoolique. Quelques douleurs de rhumatisme. Il y a trois ans, refroidissement (probablement pleurésie ou bronchite) qui l'a forcé à garder le lit pendant un mois, et ce n'est qu'au bout de trois mois qu'il aurait été à peu près guéri.

Le malade fait remonter l'affection qui l'amène à l'hôpital au mois de mars 1887. C'est, du moins, à cette époque qu'il s'aperçut qu'il était porteur d'une tumeur de l'abdomen; mais déjà avant cette époque, il éprouvait de la gêne à gauche et des points douloureux lorsqu'il faisait une course ou fatiguait un peu plus que d'habitude.

Toutefois, à l'âge de quinze ans, fracture de deux côtes du côté gauche, et, en juillet 1887, fracture de trois côtes du côté droit.

Dans la première observation de ce malade, prise lors de son entrée salle Saint-Augustin, le 30 janvier 1888, je relève les points suivants : à cette date, état général assez satisfaisant ; néanmoins le malade dit avoir maigri. Les fonctions digestives s'accomplissent assez bien. Quelques nausées, mais peu de vomissements, pas de constipation.

L'abdomen est volumineux, mais au dire du malade, il l'aurait été bien davantage, il y a trois semaines. Ganglions manifestes dans la région inguinale et dans l'aisselle.

La palpation révèle la présence d'une tumeur de consistance ferme dans l'hypocondre gauche.

A la percussion, cette tumeur est mate; elle occupe presque toute la partie gauche de l'abdomen. On sent ses bords dans la fosse iliaque et sur la ligne blanche. En haut, l'estomac semble refoulé à droite. La matité existe dans tout le flanc gauche. C'est une tumeur lisse, non douloureuse à la pression.

Les intestins sont refoulés à droite, où la sonorité s'entend dans toute l'étendue de l'abdomen.

31 *janvier*. — Albumine dans les urines. Epistaxis journalières.

1er *février*. Globules rouges 3,500,000.

2 *février*. — En haut, la rate remonte jusqu'à la sixième côte dans la ligne axillaire, et descend jusqu'au pli de l'aine.

Digitized by Google

10 *février.* — A eu hier des épistaxis abondantes et rebelles; on a été obligé de le tamponner.

11 *février.* — Numération des globules après l'hémorragie, 2,800,000.

25 *février.* — Le malade a été soumis à M. Gayet pour examiner ses yeux. Voici la note que l'on renvoie :

Œil droit. — Acuité réduite au tiers. Champ visuel un peu rétréci avec scotome central. Papille un peu rouge avec pourtour légèrement œdémateux. Vaisseaux un peu gros, mais sans altérations notables. Petite hémorragie au niveau de la macula.

Œil gauche. — Acuité normale. Champ visuel normal.

La rate paraît avoir diminué de volume. Quelques ganglions dans les plis inguinaux.

3 *avril.* — La matité splénique supérieure paraît peu abaissée. On sent le bord inférieur à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope. Amélioration de l'état général. Moins de faiblesse. Moins de pâleur.

9 *avril.* — Sort dans le même état. Le bord interne de la rate est à cinq travers de doigt de l'ombilic. Le bord inférieur à quatre travers de doigt de l'arcade de Fallope. Le bord supérieur se perçoit dans le quatrième espace intercostal. Amaigrissement, état général médiocre.

Le malade revient à l'hôpital le 18 octobre. Il est resté chez lui sans traitement, et même il a travaillé deux mois, servant une machine à battre le blé. Il n'avait plus d'hémorragies nasales ; il digérait bien. Plus d'œdème des jambes. Jamais d'ictère ni d'ascite.

A l'examen, on constate un ventre très volumineux, déformé par l'énorme saillie de la rate.

Foie aussi augmenté de volume. Rien au corps thyroïde, ni aux ganglions. Urine albumineuse. Pas d'œdème des jambes.

Les os ne sont pas douloureux à la percussion.

26 *novembre.* 1888 — Le sang examiné donne les chiffres suivants :

Globules rouges.....	3.540.000
Globules blancs.....	200.000
Hémoglobine.....	7.50
Valeur globulaire.....	0.84

30 *janvier.* — Le malade saigne du nez, a de la céphalalgie, de la température. Rate plus sensible, plus grosse.

2 *février.* — Varioloïde. Évacué à la Croix-Rousse.

Digitized by Google

Le malade revient le 4 septembre 1889.

Examen du sang :

Globules rouges.....	2.330.000
Globules blancs.....	495.000
Hémoglobine.....	6.50
Valeur globulaire.....	1.08

Actuellement l'état du malade est stationnaire.

Dans le courant de l'année 1890, il a continué à avoir des épistaxis fréquentes, très abondantes pour lesquelles on a dû le tamponner et qui ont même mis sa vie en danger.

Quant au rapport des globules blancs et des hématies, on a trouvé dans les examens successifs qui ont été faits les rapports 1/47, 1/5, 1/10.

Après être sorti de nouveau, le malade revient, le 14 octobre 1890, dans le service de M. le professeur Lépine, que j'avais l'honneur de suppléer. Le 17 octobre, à la dernière numération des globules sanguins, on trouve 2,162,500 globules rouges et 1,462,500 globules blancs, soit 1 globule blanc pour 2,5 rouges environ.

Six semaines avant son entrée est survenue brusquement une complication nouvelle. Un dimanche, il s'était étendu sur son lit dans la journée, comme il en avait l'habitude, car il ne pouvait plus travailler. Il voulut se lever, mais à peine était-il debout, qu'il fut précipité par terre, dans une sorte de crise subite. Il ne perdit pas connaissance ; il voyait tous les objets tourner autour de lui, mais il ne put expliquer s'il avait lui-même un mouvement giratoire subjectif. En même temps, il avait dans les oreilles des sifflements intenses ; quand on l'eut relevé, il se mit à vomir et continua ainsi pendant trois jours. Pendant ces trois jours aussi, le vertige fut presque continuel, si bien que le malade ne pouvait faire un mouvement dans son lit. Il paraît n'avoir eu, pendant cet espace de temps, que de la diminution de l'audition ; mais, le troisième jour, en quelques heures, l'ouïe se perdit complètement.

Cette surdité absolue ne fut pas sans gêner beaucoup pour avoir des renseignements précis, car, à la même époque, il se produisit de l'obnubilation de la vue avec corps mobiles, flammèches, etc., qui fut reconnue plus tard comme liée à de petites hémorragies rétiniennes, et qui l'empêchait de lire autre chose que l'écriture très grosse ; encore se fatiguait-il très vite.

Le lendemain de son entrée, il fut pris d'une douleur vive

Digitized by Google

dans l'hypocondre droit, avec augmentation considérable du volume du foie, de vomissements avec angoisse extrême, sueurs froides, état lypothymique, vertiges intenses, élévation de la température. Malgré cela, il se remit, et fut pendant quelque temps dans un état assez satisfaisant. Douleurs vives au niveau du sternum, des côtes, du calcanéum.

S'il n'a plus présenté, depuis son entrée, de grands accès de vertige, il en eut fréquemment de légers. Il ne se passait guère de jours sans qu'il eût des sensations vertigineuses plus ou moins accusées. En marchant, il présentait la démarche craintive et prudente qu'a bien décrite M. Charcot dans le vertige chronique de Ménière : il se tenait, en effet, avec les jambes écartées pour être plus solide sur sa base, et, autant que possible, il faisait en sorte d'être près d'un lit ou d'un mur pour pouvoir se soutenir en cas de besoin.

J'ai examiné ses oreilles ; il est facile de voir qu'il est absolument sourd et qu'on ne peut communiquer avec lui que par l'écriture : si on lui crie à l'oreille ou si on lui parle dans un grand cornet acoustique, il entend un peu de bruit, mais ne distingue aucune parole. Il n'entend, cela va de soi, ni la montre, ni l'accoumètre de Politzer. Le grand diapason n'est pas entendu sur le front; il est perçu un peu sur les dents, mais le malade ne peut latéraliser le son ; il ne l'entend pas sur l'apophyse mastoïde droite et très légèrement sur la gauche. La surdité est donc presque absolue.

L'examen de l'oreille avec le miroir ne donne que peu de renseignements. Le tympan gauche est légèrement enfoncé, à ombilic élargi, à triangle lumineux n'atteignant pas la périphérie ; l'aspect général est plus gris qu'à l'état normal, et il y a un peu d'épaississement dans le segment postérieur.

Le tympan droit offre la même apparence avec un peu plus d'épaississement.

En somme, des lésions de sclérose légère, sans grande importance, d'autant plus que les deux membranes sont mobiles normalement et se déplacent lorsque le malade avale sa salive, les narines étant fermées, ou lorsque l'on fait l'aspiration avec le spéculum de Siegle.

L'examen aurait dû être complété par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, mais je n'ai pas osé le pratiquer en raison des épistaxis qui étaient fréquentes chez ce malade, et avaient parfois une gravité exceptionnelle.

Depuis cette époque, le malade est resté sensiblement dans le

Digitized by Google

même état. Pendant une période assez prolongée, sa santé a été relativement satisfaisante. Il pouvait se lever et, en allant avec précaution, il pouvait marcher un peu dans la salle.

De temps à autre, toutefois, ses vertiges devenaient plus intenses et il était obligé de reprendre le lit.

Au mois de février, il eut une crise un peu plus violente que les autres, et depuis lors il ne quitta plus le lit. Son état alla en s'affaiblissant peu à peu, de l'œdème des membres inférieurs se produisit, et le malade finit par succomber le 25 avril 1891.

Nous ne retiendrons de l'autopsie que ce qui a trait à l'examen des organes de l'audition.

Les deux rochers sont extrêmement poreux; ils ont été décalcifiés d'après la méthode de Moos et Steinbrügge. La lésion du tissu osseux est encore démontrée par ce fait que la décalcification, qui demande ordinairement de six semaines à deux mois, a été presque complète en moins de trois semaines.

L'examen de la caisse ne révèle absolument rien d'anormal, en dehors du léger degré d'épaississement noté pendant la vie. A droite cependant, il y a une ou deux brides fibreuses reliant la tête du marteau à la paroi supérieure de la caisse. La mobilité de l'étrier paraît normale.

Examen histologique. — Oreille gauche. — Vestibule (1). — Faisons remarquer d'abord que, pour l'oreille gauche, nous avons fait les coupes parallèlement à l'axe du rocher. On constate immédiatement la présence d'un exsudat abondant remplissant complètement le vestibule. Cet exsudat présente les caractères d'un caillot ancien en voie d'organisation ; en effet, il est composé, en majeure partie, par de la fibrine granuleuse, dans laquelle il est possible de reconnaître la présence de quelques globules rouges et d'un nombre considérable de globules blancs. Il y a, en outre, de nombreux débris granuleux.

Cet exsudat occupe la cavité même du vestibule membraneux.

Sur presque toute l'étendue, on trouve que la paroi utriculaire a sa position normale par rapport à l'os. Ce n'est que par points isolés que l'espace périlymphique est rempli par l'exsudat.

Sur une coupe notamment, il a été permis de voir, avec la plus grande netteté, la paroi du canalis reuniens et du saccule enveloppant complètement l'exsudat formé dans leur intérieur. Sur de petits fragments détachés de cet exsudat, il a été possible, en outre, de constater très nettement la présence de vaisseaux de

(1) Les pièces ont été présentées à la *Société des sciences médicales de Lyon* dans la séance du 25 novembre 1891.

Digitized by Google

nouvelle formation nettement ramifiés, dans l'intérieur desquels il est facile de voir des globules du sang rouges et blancs.

On trouve très peu d'amas de pigment hématique. Ce n'est que sur deux ou trois coupes que l'on voit de petites masses noirâtres, sur le bord osseux, qui paraissent être des résidus sanguins.

Les ramifications du nerf vestibulaire fortement colorées en vert par le chrome, se voient très bien, et on retrouve des crêtes acoustiques presque intactes présentant seulement sur une étendue plus ou moins longue du décollement de l'épithélium.

Les mêmes lésions se voient dans les ampoules des canaux semi-circulaires; l'exsudat les remplit et s'est vascularisé peut-être plus encore que celui du vestibule proprement dit.

Les canaux semi-circulaires présentent un aspect spécial et tout à fait anormal. Au lieu de montrer, comme sur les coupes normales, un petit cercle n'occupant que le cinquième de l'espace vide qui représente le canal demi-circulaire osseux, on voit, à l'œil nu, que la cavité tout entière est remplie par un tissu de nouvelle formation, d'un aspect blanc nacré, tranchant assez nettement sur le reste de l'os.

Le canal demi-circulaire membraneux a seul conservé sa lumière à peu près intacte.

De fait, à l'examen microscopique, on constate que la cavité tout entière du canal semi-circulaire osseux est remplie par un tissu formant de grosses travées qui ont la constitution de l'os.

Par contre, le canal semi-circulaire membraneux est conservé intact et possède encore son épithélium. Sur certaines coupes, toutefois, il est fortement déprimé et présente même, en de certains points, un envahissement qui en obstrue la lumière.

Malgré cela, aussi bien sur les coupes perpendiculaires à l'axe que sur les coupes parallèles (canal horizontal), on distingue, avec la plus grande netteté, les contours du canal semi-circulaire osseux et du canal semi-circulaire membraneux.

Limaçon. — Les coupes ont été faites perpendiculairement à l'axe du rocher. Les coupes du limaçon ont malheureusement été assez mal réussies, parce que, pour des raisons indépendantes de notre volonté, les rochers n'ont pu être placés dans l'acide osmique que quarante heures après la mort, et seize heures après avoir été détachés du crâne. Il en résulte qu'il est difficile d'apprécier exactement les lésions. On peut affirmer, toutefois, qu'elles ne sont pas très considérables. On constate en effet, que l'organe de Corti existe encore, que l'épithélium

Digitized by Google

du canal cochléaire est parfaitement conservé, et l'on ne voit d'infiltration leucocythémique ni du nerf, ni du ganglion spiral.

Toutefois, on peut également affirmer la présence d'un peu d'infiltration à la partie inférieure de la rampe vestibulaire, au moins dans le premier tour de spire. Peut-être aussi la rampe tympanique contenait-elle un exsudat comparable à celui du vestibule.

L'exsudat de la rampe vestibulaire se présente sous forme d'un réseau fibrineux à mailles assez lâches, dans lequel dominent les globules blancs.

A l'extrémité supérieure du modiolus, on voit des points brun-rougeâtre, arrondis, mais en moins grand nombre que de l'autre côté.

En somme, les lésions sont beaucoup moins marquées dans le limaçon que dans le vestibule et les canaux demi-circulaires.

Oreille droite. — Les lésions se retrouvent avec les mêmes caractères que nous venons de décrire longuement pour l'oreille gauche. On voit le même épanchement occupant, là encore, l'intérieur du vestibule membraneux et un peu l'espace, d'ailleurs minime, laissé par l'utricule et le saccule entre les parois osseuses.

Les crêtes semblent très peu atteintes. On en trouve qui sont revêtues très normalement de leur épithélium avec les otoconies et la formation cupulaire. Toutefois, on y reconnaît plus facilement que de l'autre côté la trace du pigment sanguin sous forme de petits amas rouge-brun disséminés. On trouve également un peu d'épanchement dans le canal vestibulaire.

Les canaux semi-circulaires présentent exactement les mêmes lésions qu'à gauche, c'est-à-dire que tout le canal osseux est rempli par du tissu osseux à grandes lacunes, dans lesquelles on voit du tissu conjonctif et des vaisseaux.

Mêmes lésions dans le limaçon, c'est-à-dire qu'on ne trouve de formation nouvelle que dans le premier tour de spire. De ce côté toutes les parties ont été mieux conservées, et l'organe de Corti lui-même ne paraît pas atteint.

Toutefois, à droite, les cellules du ganglion spiral ne sont pas toutes également colorées en vert. De plus, il existe, à l'extrémité supérieure du modiolus, une quantité assez considérable de points brun rougeâtres, arrondis, analogues à ceux que nous avons vus dans le vestibule. Ils sont en quantité plus considérable que de l'autre côté, mais il est difficile d'affirmer s'il s'agit là de pigment hématique.

Digitized by Google

Nous dirons, pour terminer, que la substance osseuse du rocher lui-même est beaucoup moins compacte qu'à l'état normal, qu'elle est plus fortement vascularisée et creusée de nombreuses cavités, dans lesquelles on trouve de la moelle osseuse avec de très nombreuses cellules. Par places même, on distingue de petits foyers hémorragiques dans l'intérieur de l'os.

Je n'insisterai pas sur les éléments du diagnostic dans ce cas : chute brusque sans perte de connaissance, vertiges avec sifflements intenses dans les oreilles, vomissements, surdité complète s'installant rapidement, c'était là le tableau typique du syndrome de Ménière. Il était même légitime de penser, comme je l'ai fait, qu'il s'agissait là d'une hémorragie dans le labyrinthe, le malade saignant depuis longtemps avec une très grande facilité et ayant eu, à diverses reprises des épistaxis qui mettaient sa vie en danger.

De fait, les lésions trouvées dans le labyrinthe montrent bien que la lésion principale était une hémorragie qui s'était faite dans le vestibule et qu'en raison des huit mois écoulés entre l'accident auriculaire et la mort, avait subi la transformation du caillot et était en voie de s'organiser.

Le point le plus singulier de notre observation histologique était la présence, dans les canaux semi-circulaires osseux, d'un tissu osseux néoformé qui en remplissait la lumière. Le même fait est bien signalé dans l'observation de Politzer et dans la première de Steinbrügge, mais il est à noter que dans ces cas il y avait d'anciennes lésions des oreilles moyennes et que la propagation au labyrinthe du processus inflammatoire n'a rien en soi de bien extraordinaire. Voici d'ailleurs ces observations un peu résumées :

Observation II (Politzer).

Homme de 32 ans; jusqu'à sa quinzième année il a eu de nombreuses crises nerveuses. Dans son enfance, otorrhée de longue durée à gauche. A vingt ans, fièvre intermittente avec œdème des pieds et de l'abdomen pendant toute une année. A vingt-trois ans, affection vénérienne sans phénomènes secondaires. A trente-un ans (décembre 1881), surdité complète survenue brusquement la nuit, alors que le malade avait souffert le jour précédent de vertiges, d'éclairs devant les yeux et de bourdonnements d'o-

Digitized by Google

reille. Quatre semaines plus tard, ballonnement du ventre, sensation de faim et de soif très marquée, augmentation considérable de la diurèse. Ces symptômes s'améliorent peu à peu, mais survient une faiblesse générale ; le malade a des accès de toux douloureux avec expectoration muqueuse abondante, dyspnée, douleur sur le sternum et les côtes, à la pression et spontanément. Diminution de l'acuité visuelle, éruption impétigineuse aux membres inférieurs.

Bamberger constate, le 14 septembre 1882, l'état suivant : cachexie marquée, peau pâle et œdémateuse avec éruptions impétigineuses sur les extrémités, sensibilité marquée à la pression du sternum et des côtes ; le foie et la rate forment des tumeurs colossales qui ont envahi tout l'abdomen. Ganglions superficiels très augmentés de volume. Albumine dans l'urine. Augmentation considérable du nombre des leucocythes dans le sang.

Examen de l'oreille. — *A droite*, le tympan est enfoncé, trouble, sans reflet. *A gauche*, rétrécissement léger du conduit auditif externe, destruction presque complète du tympan.

Audition. — Paralysie complète des deux nerfs acoustiques. Aucune perception ni par les os ni par l'air. L'auteur admet un processus exsudatif en rapport avec la leucémie.

Autopsie le 12 novembre 1882. — Enorme développement du foie et de la rate par infiltration leucémique. Les glandes mésentériques et rétro-péritonéales forment des tumeurs du volume du poing. Nombreux ganglions périphériques hypertrophiés. Muscle cardiaque décoloré avec dégénérescence graisseuse. Pleurésie récente à droite. La moelle du sternum et des côtes est formée par des globules blancs ; la substance osseuse est très raréfiée.

Oreille droite. — Tympan fortement enfoncé ; rigidité de l'articulation du manche et de l'enclume, par épaississement du tissu qui l'enveloppe ; la mobilité de l'étrier est diminuée ; épaississement de la muqueuse de la caisse.

Oreille gauche. — Absence complète du tympan ; le manche et l'enclume sont absents ; l'étrier est complètement entouré par la muqueuse très gonflée de la fenêtre ovale ; toutefois il est mobile encore. Muqueuse de la caisse modérément épaissie.

Examen microscopique de l'oreille interne. — *Limaçon droit.* — La rampe tympanique, depuis la base jusqu'au voisinage de la dernière spire, est occupée par du tissu osseux de forme irrégulière, qui est en relation étroite avec la paroi osseuse de la cochlée. Les cavités sont remplies par un tissu de nouvelle for-

Digitized by Google

mation à des états de développement différents. En beaucoup de points, le tissu ossifié est développé de telle sorte que la lame spirale osseuse paraît bombée contre la rampe vestibulaire. Également dans la rampe vestibulaire, en un point de la spire inférieure et moyenne, on trouve une petite néoformation de tissu conjonctif et osseux. Dans le partie inférieure de la rampe vestibulaire, on trouve des amas irréguliers qui ont le caractère d'une exsudation leucémique récente. Les fibres nerveuses sont variqueuses et ont subi la dégénérescence graisseuse, ainsi que les faisceaux nerveux du modiolus et de lame spirale. Les cellules ganglionnaires du ganglion spiral sont en partie détruites, en partie ont subi la dégérescence granuleuse.

Les canaux demi-circulaires membraneux sont entourés d'un tissu conjonctif jeune contenant des vaisseaux, et qui remplit complètement l'espace périlymphatique. Dans l'intérieur des canaux, de nombreuses plaques leucémiques.

A gauche. — Les formations cellulaires ne sont pas aussi avancées; cependant l'exsudation leucémique est manifeste. Il y a des traces de formation nouvelle de tissu conjonctif sur les parois du labyrinthe. La moelle du temporal a subi les mêmes modifications que celle du sternum et des côtes.

Observation III (Steinbrügge).

Le malade est né en 1860; il a toujours été bien portant; toutefois, on sut plus tard qu'à la suite d'une inflammation purulente de l'oreille moyenne gauche, il était devenu sourd de ce côté. Chancre mou sans manifestation secondaire. Deux ans plus tard, il est militaire, mais après six semaines, il est réformé pour raucité de la voix, toux et respiration courte. Depuis cette époque, le patient se fatigue facilement, a fréquemment du vertige et des douleurs de tête, plus souvent encore des battements de cœur.

A vingt-trois ans, il va en Amérique où les symptômes continuent.

Un an plus tard, il commence à s'œdématier; épistaxis fréquentes, parfois des vomissements, urine souvent trouble, appétit bon, selles régulières. Le malade revient en Allemagne, reste quatre semaines à l'hôpital de Cologne, parce qu'il avait une douleur dans l'abdomen et des épistaxis. Entré le 30 avril 1886 à l'hôpital de Giessen (clinique de Riegel).

État actuel. — Grand, maigre, pâle, dos à courbure anormale

Digitized by Google

à cause de l'extension considérable de l'abdomen. Augmentation du foie et de la rate. Extrémités inférieures œdémateuses.

Examen de l'œil. — Papille gauche œdémateuse, à bord flou, artères pâles, veines fortement dilatées et sinueuses à la périphérie, les vaisseaux sont entourés, par places, de petits extravasats sanguins. Nombreuses plaques de choroïdite atrophique, entre lesquelles on trouve soit de petites taches pigmentaires noires, soit des hémorragies récentes.

A droite. — Œdème de la papille encore plus marqué qu'à gauche. Vision assez bonne, quoique un peu moins nette qu'auparavant. 2,160,000 globules rouges par millimètre cube.

Dans l'observation prise avec soin, on ne relève que les points suivants :

5 *juin.* — En montant les escaliers, le malade a des sensations de vertige. Sueurs nocturnes abondantes.

30 *juillet.* — Pleurésie.

25 *septembre.* — Le malade, sorti pour quinze jours, rentre avec une augmentation notable du nombre de globules blancs (1 pour 6 à 8 rouges).

27 *septembre.* — Épistaxis.

1er *octobre.* — Etat général mauvais, le malade reste au lit.

3 *novembre.* — Il se plaint de faiblesse de la vue et d'un voile gris sur l'œil gauche.

20 *novembre.* — Douleur au sternum, toux, expectoration muco-purulente, épistaxis nécessitant le tamponnement.

8 *décembre.* — Epitaxis abondante, tamponnement (1,470,000 globules rouges, 3 blancs pour 4 rouges). Un très grand nombre de gros globules blancs. Difficulté croissante de la respiration. Affaiblissement de la vue aussi à droite.

25 *décembre.* — Vers minuit, bourdonnements dans la tête, puis subitement surdité de l'oreille droite. Le malade parle plus haut que d'habitude et ne comprend qu'en lisant les mots sur la bouche.

30 *décembre.* — Depuis hier, bruits subjectifs de cloches et de chants d'église.

6 *janvier.* — Douleur très forte dans le ventre.

8 *janvier.* — Dyspnée, collapsus, 40 respirations à la minute, pouls petit, température 37,8, mort à 10 h. 1/2 du soir.

Klinische diagnose. — Leucæmia lienalis et myelogenes. Bronchitis purulenta diffusa. Tumor hepatis et lienis. Perihepatitis. Perisplenitis. Ascitis. Retinitis leucæmica mit Hämorrhagie. Hämorrhagien im Labyrinth des rechten Ohres.

Digitized by Google

Autopsie. — Hypérémie de la substance cérébrale et des méninges. Bronchite purulente. Emphysème pulmonaire, infiltration des deux lobes inférieurs. Dilatation du cœur. Endocardite de la mitrale. Hémorragie sous-endocardique dans le ventricule gauche. Anémie du muscle cardiaque. Augmentation considérable du volume du foie et de la rate. Lymphome du rein, surtout à gauche. Névrite parenchymateuse double. Gonflement léger des ganglions mésentériques et des follicules solitaires de l'intestin. Aorte étroite.

Dans la moelle osseuse, nombre considérable de cristaux de Charcot (il y en a de nombreux aussi dans le sang). Les cellules sont grosses, avec très peu de protoplasma, les noyaux sont ronds ou allongés avec de grosses granulations dont quelques-unes sont nettement graisseuses. On n'y voit pas de corpuscules rouges à noyaux non plus que dans le sang.

Examen macroscopique de l'oreille droite externe et moyenne. — Le conduit auditif externe et le tympan n'ont rien d'anormal. Le fond de la cavité tympanique paraît anormalement inégal par suite de petits enfoncements au niveau desquels la muqueuse est atrophiée. Il en part une pseudo-membrane qui se dirige vers la fenêtre ronde et recouvre celle-ci en grande partie. Les branches de l'étrier sont également reliées au promontoire par une néoformation conjonctive, de même le tendon du stapédius avec la niche de la fenêtre ovale. Le tendon du muscle tenseur du tympan est également élargi par l'addition d'une membrane conjonctive.

Examen microscopique du labyrinthe droit. Limaçon. — Les spires du limaçon sont, dans leur plus grande partie, remplies par un extravasat sanguin. Celui-ci, dans la spire supérieure, est d'une couleur brune, rouge sale, et laisse encore reconnaître facilement la forme des globules, tandis qu'à la partie inférieure, ceux-ci sont devenus granuleux (le rocher avait été conservé longtemps dans l'alcool). Par places, dans cette masse granuleuse, on voit de petites boules hyalines brillantes. Le canal cochléaire présente des extravasats qui s'étendent surtout dans la région de la strie vasculaire, reposent sur l'organe de Corti dans quelques points ou cachent la membrane de Corti. La membrane de Reissner est conservée partout; dans l'aqueduc du limaçon, on voit les mêmes masses granuleuses. Dans la partie inférieure du limaçon, les veines sont manifestement élargies et paraissent contenir presque exclusivement des globules blancs. La membrane de la fenêtre ronde se montre, sur quelques coupes, en

Digitized by Google

partie épaissie, et les points épaissis sont en voie d'ossification.

Des extravasats sanguins se trouvent aussi dans le névrilème du nerf auditif, dans le conduit auditif interne, autour du nerf du saccule et également au commencement du nerf facial.

Vestibule. — L'extravasat, visible dans la rampe vestibulaire, est facile à suivre dans la partie inférieure de l'espace périlymphatique du vestibule. Dans le saccule lui-même, extravasats abondants; dans l'utricule, de petits amas de cellules, à côté d'amas granuleux. L'épithélium nerveux sur le macule de l'utricule est bien conservé; il en est de même sur les crêtes des ampoules. Sur quelques préparations, on voit encore la cupule, bien qu'il y ait encore dans les ampoules des corpuscules rouges et blancs extravasés.

Canaux demi-circulaires. — Les canaux semi-circulaires sont, dans leur plus grande partie, emprisonnés dans une substance osseuse de nouvelle formation. Celui-ci remplit le canal semi-circulaire osseux sur beaucoup de coupes, bien qu'il soit facile de reconnaître les contours de l'espace osseux primitif. Sur d'autres préparations moins éloignées des ampoules, la néoformation osseuse ne remplit pas tout le conduit; il reste des trous plus ou moins gros, qui sont remplis de tissu conjonctif ou de tissu ostéoïde en voie d'ossification.

Au voisinage des ampoules, c'est le tissu conjonctif qui l'emporte, et il n'y a d'ossification que sur le bord du canal demi-circulaire osseux. Le tissu conjonctif renferme beaucoup de vaisseaux jeunes.

Au voisinage des ampoules, on trouve sur quelques préparations, près des canaux membraneux, de petites masses colorées en jaune paraissant provenir des conglomérats de corpuscules sanguins.

Les canalicules membraneux paraissent petits, mais sont complètement conservés, même dans les points où ils sont entièrement ensevelis dans la masse osseuse. Le revêtement épithélial se voit manifestement, mais on ne trouve aucune papille ni aucun extravasat dans leur intérieur.

Les espaces de la substance spongieuse de l'os lui-même sont, pour la plus grande partie, remplis par des leucocythes.

Il suffit de comparer l'état des canaux semi-circulaires chez notre malade et chez celui de Steinbrügge pour voir que la lésion est identique. Mes préparations ressemblent si bien à la figure donnée par Steinbrügge dans son *Anatomie*

Digitized by Google

pathologique de l'oreille, à la page 114, qu'on croirait qu'elles proviennent du même malade.

Ces lésions osseuses soulèvent un problème d'anatomie pathologique générale que je veux seulement indiquer ici et que Gradenigo a discuté déjà à propos de l'observation de Politzer : c'est celle de savoir si les exsudats leucémiques sont susceptibles de s'organiser et de se transformer en tissu conjonctif et, par suite, en tissu osseux. Les histologistes comme Rindfleisch, Ranvier, etc., admettent que les globules blancs extravasés peuvent s'organiser, et Bizzozero a soutenu la transformation en tissu conjonctif de petits lymphomes du foie et des reins. Toutefois, j'admets plus volontiers, avec Gradenigo, qu'il vaut mieux rattacher ces lésions au processus inflammatoire existant antérieurement. Pour ce qui concerne mon malade en particulier, il est bien plus vraisemblable qu'il était déjà auparavant porteur de lésions de l'oreille qu'il ignorait et qui ont été l'épine déterminant la localisation de la complication leucémique sur l'oreille.

On a pu voir, en lisant les observations précédentes, que les lésions déterminées par la leucémie n'étaient pas univoques. Dans le cas de Politzer, en effet, il s'agit d'exsudats lymphoïdes en deux points du labyrinthe, tandis que dans notre cas et dans celui de Steinbrügge, il existait des hémorragies. Il n'existe dans la science que deux autres observations accompagnées d'examen microscopique. Ce sont celles de Gradenigo et la deuxième observation de Steinbrügge : là encore il s'agit d'hémorragies, mais leur localisation est différente. Dans l'observation de Steinbrügge (qui n'a été publiée que très résumée), les caisses sont prises en même temps que l'oreille interne ; dans celle de Gradenigo, que je reproduis presque *in extenso* à cause de son importance, on va voir que les lésions étaient localisées à la caisse du tympan alors que l'oreille interne était restée indemme.

Observation IV (Deuxième de Steinbrügge).

Jeune fille de 14 ans, morte de leucémie lymphatique, qui dans

Digitized by Google

les dernières semaines de sa vie avait souffert d'une surdité considérable. La conduction osseuse manquait.

Dans les deux caisses et dans l'antre mastoïdien, on trouva un exsudat muqueux rouge brun renfermant des globules rouges et blancs en grande quantité, à côté de détritus et de filaments de mucus. Le revêtement épithélial était modérément épaissi, sans injection vasculaire, mais au microscope, fortement infiltré de globules sanguines. Le canal cochléaire, surtout celui du limaçon droit, renfermait de petites hémorragies allongées, libres entre l'organe de Corti et la strie vasculaire; des globules rouges isolés se trouvaient partout disséminés dans le labyrinthe. Un coagulum sanguin remplissait le canal demi-circulaire membraneux supérieur gauche, et l'obturait complètement, comme une embolie obture un vaisseau.

L'entrée des deux aqueducs dans le limaçon était remplie de globules; il est intéressant aussi de noter que les globules rouges et blancs en grand nombre, se trouvaient dans l'épaisseur et au pourtour des nerfs, non seulement dans le conduit auditif interne, mais aussi dans les petits rameaux nerveux traversant l'os; il en était de même du ganglion spiral. Les espaces péri-lymphatiques renfermaient par place des coagulations grises à fines granulations, comme j'en avais déjà rencontré chez mon premier leucémique.

Je signalerai également une dépression allongée de la membrane de Reissner, une convexité de la membrane de la fenêtre ronde, et enfin la présence d'amas de phosphate de chaux dans e périoste du conduit auditif interne.

Observation V (Gradenigo).

Leucémie mixte surtout splénique. — Pétéchies sur le dos de la main. — Hémorragie intestinale. — Epistaxis. — Troubles de l'ouïe des deux côtés. — Mort par épuisement.

Homme de 63 ans, portefaix. Pas d'hérédité. Renseignements sur son état antérieur négatifs. Il y a trois ans, fracture de côte guérie facilement.

Il y a deux ans, commencement de tuméfaction dans la région splénique.

État présent (fin novembre 1885). — Amaigrissement, peau jaune sale, larges pétéchies sur le dos des mains. Ventre ballonné non douloureux; parois du ventre molles et œdémateuses. Foie saillant, au-dessous de l'arc costal, de 10 centimètres. Rate

Digitized by Google

grossie, le bord dépasse un peu la ligne médiane ; en haut la matité va jusqu'à la sixième côte, au milieu de la ligne axillaire. Léger œdème des extrémités inférieures. Glandes lymphatiques des aisselles et de la région inguinale légèrement enflées. L'examen du fond de l'œil et de la poitrine est négatif.

Le sang est pâle et fluide; parmi les corpuscules rouges, les uns sont plus petits, les autres plus gros que normalement (les gros sont au nombre de 2 à 4 par champ microscopique); les microcytes sont en petit nombre; les corpuscules blancs sont très nombreux (de 25 à 50 dans le champ du microscope, oculaire 3, objectif 8 d'Hartnach), les petits leucocytes dominent.

Urines. — Densité 1,015; forte teneur en indican; dans le sédiment de nombreux cylindres. surtout hyalins, beaucoup de globulès blancs du sang.

6 *décembre.* — La veille, grand nombre de selles diarrhéiques sanguinolentes; toux avec crachats muco-purulents.

12 *décembre.* — Pour la première fois, fort saignement de nez durant plusieurs heures; toux opiniâtre ; crachats sanguinolents; frictions avec de l'huile chaude pour amener une forte transpiration.

Le sang présente un petit nombre de globules rouges et beaucoup de blancs (100 à 140 par champ visuel).

19 *décembre.* — Les dernières onctions avec l'huile n'amènent pas de sudation. Nouvelle hémorragie nasale d'une durée de huit heures. Tamponnement en avant et en arrière. Faiblesse générale. Bourdonnements d'oreille.

24 *décembre.* — Des deux côtés, forte diminution de l'ouïe survenue en quelques heures.

26 *décembre.* — Le patient se plaint de dureté d'oreille et de forts bourdonnements depuis cinq jours ; ni vertige, ni douleur.

Exploration de l'oreille. — Le malade disait n'avoir eu aucune maladie antérieure d'oreille, mais quand, me basant sur l'état du tympan, j'affirmai une inflammation ancienne de l'oreille, il se rappela alors très bien qu'il avait été malade, et qu'on lui avait, comme traitement, instillé des gouttes de lait chaud dans le conduit.

Diapason perçu seulement sur le crâne. Expérience de Gellé positive des deux côtés, c'est-à-dire que, si on comprime l'air dans le conduit auditif, le son fourni par le diapason et conduit par les os est entendu d'une manière affaiblie, aussi bien du côté où le diapason est placé que de l'autre côté. Expérience de Rinne négative des deux côtés, la perception par les os est très dimi-

Digitized by Google

nuée, aussi bien pour les sons élevés que pour les sons bas. La montre des deux côtés n'est entendue qu'au contact du pavillon; elle n'est pas perçue par les os.

A gauche. — Langage murmuré : 0, langage ordinaire à 10 centimètres.

A droite. — Langage murmuré : 0, langage ordinaire à 15 centimètres.

Examen direct au miroir. — Le conduit auditif est normal en direction et en étendue des deux côtés.

Oreille gauche. — Tympan trouble, légèrement enfoncé; vaisseaux du marteau légèrement injectés ; reflet lumineux un peu diminué. Dans le segment postéro-supérieur du tympan, plaque calcaire ovale, mal circonscrite, à grand diamètre parallèle au manche. En avant et en haut, l'espace entre le marteau et le bord du tympan est occupé par une tache ovale, à contours mal définis. Mobilité du tympan presque normale. On voit bien le manche du marteau, seulement, vers sa partie moyenne, il a une couleur jaunâtre, à bords mal délimités, de sorte qu'en ce point il paraît plus large.

Oreille droite. — Tympan un peu trouble, légèrement enfoncé, à reflet normal ; dans le segment postéro-supérieur on voit une tache arrondie, jaunâtre ; les vaisseaux du manche ne sont pas injectés. Rien autre à noter.

Rien dans les fosses nasales. La trompe d'Eustache est libre; le cathétérisme donne, à droite, une amélioration certaine, et en même temps, fait cesser complètement les bruits subjectifs. Le malade entend la montre jusqu'à 8 centimètres.

28 *décembre.* — Aggravation surtout à gauche. Par le lavage, à gauche, on fait sortir des débris épidermiques colorés en rouge et quelques petits caillots sanguins. Avec le miroir, on voit une masse gris-rougeâtre occupant environ un tiers de la lumière du conduit. Cette masse est constituée par une vésicule sous-épidermique contenant du sang en partie fluide, en partie coagulé, et est située sur la paroi inférieure du conduit auditif externe ; elle s'étend un peu sur les parois antérieure et postérieure. La vésicule commence à peu près à la partie cartilagineuse, et atteint presque la membrane du tympan. Il faut noter que, dans l'examen du jour précédent, on n'avait exercé aucun frottement un peu fort,

La membrane du tympan est rouge et tuméfiée ; on ne voit plus que la courte apophyse et aucune trace du manche ni des vaisseaux du manche, le reflet lumineux qui est fortement foncé

Digitized by Google

paraît irrégulier de situation et de forme. La moitié inférieure de la membrane présente un aspect brunâtre, sans limites précises en haut, comme s'il y avait un épanchement sanguin dans la cavité ; en haut et en avant, elle montre une bande rouge de près d'un demi-millimètre de largeur, ayant presque la forme d'un angle droit ouvert en arrière et en bas, à sommet situé à environ 1 millimètre du bord tympanal.

La paroi antérieure du conduit auditif du côté droit porte une tache hémorragique rouge sombre, mais beaucoup plus petite et moins prononcée qu'à gauche. L'aspect du tympan n'a pas changé.

Bien que le cathétérisme fût contre-indiqué, en raison de la diathèse hémorragique grave, il fut fait sur la demande formelle du malade. Il donne, à gauche, une amélioration subjective, fait cesser les bourdonnements, mais n'augmente pas l'audition ; la trompe est perméable; à l'auscultation aucun râle bulleux. A droite, outre une amélioration subjective et la disparition des bourdonnements, il y a amélioration fonctionnelle ; la montre est entendue à 8 centimètres.

En me basant sur l'examen de l'oreille et la diathèse hémorragique, je fais le diagnostic de : *Otitis media chronica, bilateralis*, avec exsudation hémorragique récente dans l'oreille externe et moyenne. Je n'avais aucune raison pour admettre et diagnostiquer une hémorragie dans l'oreile interne.

A cause de la faiblesse générale du malade et de sa facilité à avoir des hémorragies, je jugai bon de cesser tout traitement, et, malgré le désir du malade, de ne faire aucun autre cathétérisme.

Le jour suivant, légère épistaxis, production passagère de pétéchies sur l'abdomen, et perte progressive des forces ; la dureté de l'oreille est diminuée notablement.

6 *février* 1886. Mort peu de temps après une nouvelle selle diarrhéique et sanguinolente.

Autopsie. — Pâleur et œdème généralisés ; dans l'abdomen, trois litres de sérosité avec des flocons fibrineux. Rate énorme, 3,250 grammes. Les glandes mésentériques et rétro-péritonéales tuméfiées; la dernière partie de l'intestin, jusqu'au commencement du côlon transverse, est le siège d'une ulcération. Cœur pâle; artério-sclérose étendue ; épaississement des os, surtout du fémur. La moelle du fémur, de l'humérus et des côtes est d'un gris rougeâtre ; les temporaux ont une couleur blanc jaunâtre; ils sont très compacts. Le diploé a un aspect

Digitized by Google

purulent ; les cellules de l'apophyse mastoïde sont peu développées ; la dure-mère est pâle, peu adhérente ; le toit du tympan, dans sa moitié postérieure, est très aminci par places.

Oreille gauche. — A peu près au milieu du conduit auditif externe, on voit une petite masse noirâtre, avec de petits débris épidermiques rouges, qui remplit tout le tiers inférieur de la lumière. Sur la paroi antérieure, à un demi-centimètre environ du tympan, on voit une masse semblable, ovalaire, à grand diamètre dans la direction du conduit.

Tympan un peu enfoncé, légèrement trouble; manche du marteau très épaissi, jaunâtre dans sa partie moyenne. De l'umbo part, en bas et en arrière, un petit vaisseau; dans la partie supérieure les taches déjà indiquées pendant la vie.

Oreille droite. — Le conduit n'a rien de remarquable. Tympan un peu trouble; dans le segment postérieur et supérieur, se trouve la tache déjà indiquée; le long du manche, un petit vaisseau.

Après avoir ouvert les deux caisses par la partie supérieure, elles semblent toutes les deux remplies par une substance gélatineuse d'un jaune rougeâtre, qui s'étend en arrière jusque dans les cellules de l'apophyse mastoïde. Par la pression de cette masse, on a un liquide jaune clair renfermant des flocons de fibrine; la partie supérieure des osselets est entourée complètement de cette substance, de sorte qu'il faut se servir de la sonde pour les découvrir.

Le liquide obtenu par la pression montre, sous le microscope, des globules du sang, rouges et blancs, de différentes grosseurs; pas de cristaux de cholestérine ; aucune gouttelette de graisse. Ce n'est qu'avec difficulté qu'on peut détacher un petit morceau de la masse qui, sous le microscope, présente une texture fibrillaire.

On ne fit pas un examen plus approfondi des caisses, et ce qui resta fut gardé pour un examen histologique.

Ensuite, avec le marteau, on enlève une petite lamelle osseuse sur le premier tour de spire du limaçon, on ouvre une partie de l'oreille interne, ainsi que le canal semi-circulaire supérieur.

Les deux os sont placés, afin de fixer les parties membraneuses de l'appareil auditif, pendant vingt-quatre heures, dans le liquide de Toffani (solution aqueuse de 0,40 0/0 de bichromate de potasse; 40 centimètres cubes ; solution aqueuse à 1 0/0 d'acide osmique : 10 centimètres cubes).

Digitized by Google

Pour les décalcifier, les os sont placés dans de l'eau renfermant 3 1/2 0/0 d'acide nitrique, et légèrement additionnée de sel marin (environ 0,75 0/0). Le mélange fut changé d'abord tous les deux jours, puis une fois par jour.

Examen histologique. — Les coupes microscopiques de la caisse et du vestibule ont été faites dans un plan perpendiculaire à l'axe du rocher; celles du limaçon dans un plan parallèle au modiolus.

Dans les deux caisses, il y a des modifications analogues.

Sur une coupe il est facile de voir, comme il a déjà été dit, que la masse n'occupe que la partie supérieure de la caisse; elle est formée par du tissu conjonctif de nouvelle formation, qui est adhérent à la partie supérieure de la caisse et à l'articulation du marteau et de l'enclume. Ce tissu suit la longue branche de l'enclume, atteint la paroi interne de la caisse, remplit la fenêtre ovale, enveloppe l'étrier, s'étale sur le promontoire et gagne jusqu'à la fenêtre ronde. La partie inférieure de la caisse est libre de cette production. En même temps, on trouve, dans les anfractuosités de cette masse, et dans celles de la caisse elle-même, dans la niche des deux fenêtres, dans l'espace qui se trouve entre le col du marteau et le tympan (Politzer), des résidus d'extravasats sanguins.

La masse de nouvelle formation est formée de tissu conjonctif jeune, riche en cellules rondes, fusiformes, et en vaisseaux sanguins. Par places, ce tissu présente un aspect fibrillaire; on y voit des traînées de globules rouges, surtout autour des vaisseaux; les uns sont très bien conservés, les autres sont réunis en masse compacte, ce qui cache la substance propre, et leur donne l'air de détritus granuleux. Souvent les globules sont rangés en séries parallèles aux faisceaux de la substance fondamentale de la masse.

Les extravasats hémorragiques qui sont dans les enfoncements de la muqueuse de la caisse sont formés surtout de globules rouges modifiés, présentant ordinairement à la périphérie une zone de fibrine finement granuleuse.

La muqueuse du tympan et de la partie inférieure de la caisse paraît légèrement épaissie, riche en éléments cellulaires et en vaisseaux. La couche épidermique du tympan n'est pas modifiée; la couche cutanée et la substance propre sont fortement vasculaires et riches en cellules. Au niveau des taches déjà décrites, les faisceaux de la substance propre sont modifiés, troubles, et se colorent autrement que le reste du tissu.

Digitized by Google

Le facial ainsi que la corde du tympan n'ont pas subi de modifications; il en est de même pour le tissu des osselets, le cartilage de la périphérie du marteau et les muscles du marteau.

L'épaississement et l'infiltration de la muqueuse de la caisse s'étendent à la muqueuse de la partie osseuse de la trompe. Dans le parenchyme du tissu de nouvelle formation on trouve des vaisseaux, à parois minces, très ramifiés, et contenant très peu de globules.

Nous trouvons donc, dans les deux caisses du tympan, du tissu de nouvelle formation traversé par une infiltration hémorragique, et des restes d'exsudation libres.

Oreille interne. — L'examen histologique du labyrinthe, fait avec le plus grand soin, au point de vue d'une exsudation leucémique, a un résultat absolument négatif. Tous les éléments les plus délicats du labyrinthe étaient dans un état de conservation parfait. Nombreux corpuscules pigmentaires dans le modiolus, le ganglion spiral, l'aire vasculaire, sur la signification desquels l'auteur ne se prononce pas, et qu'il a de la tendance à rattacher à l'involution sénile.

Sans vouloir insister sur la symptomatologie, je dois faire remarquer ici que la localisation des lésions joue un rôle évident dans les manifestations cliniques, le malade de Gradenigo n'ayant présenté que de la surdité. Il est à noter aussi que la surdité isolée se rencontre souvent dans les anciennes observations, soit que les autres manifestations des lésions auriculaires aient été réellement absentes, soit qu'elles aient échappé à l'attention d'observateurs non prévenus.

Dans quelques cas on trouve mentionnés les troubles subjectifs si fréquents dans les affections de l'oreille ou de légers vertiges auxquels les auteurs ne semblent pas attacher une très grande importance. C'est ce qu'on voit, par exemple, dans l'observation de Gellé : il est à regretter d'ailleurs que dans ce cas il n'y ait pas de renseignements plus précis sur la leucémie elle-même et qu'on n'ait pu faire l'autopsie. Particularité remarquable, que j'ai déjà signalée et qui existe également dans l'observation de Politzer, les symptômes auditifs se sont montrés avant qu'on ait fait le diagnostic de la maladie primitive.

Digitized by Google

Observation VI (Gellé).

Leucocythémie. Début par de la surdité et de la paralysie de la face.

Homme, 58 ans, ferblantier, habite la plus grande partie du jour une sorte de sous-sol très profond, disposé en atelier. Ce sous-sol est froid et humide et ne voit jamais le soleil.

Au milieu d'une santé en apparence bonne, il s'aperçoit qu'il devient dur d'oreille, à gauche surtout; il éprouve de ce côté une gêne, plus qu'une douleur véritable et plutôt autour de l'oreille et sur la joue que dans le fond du conduit; cependant il a senti quelques élancements dans la tempe, et le long de la mâchoire et des battements passagers dans l'oreille même. Peu de temps après, le 22 août 1884, il constate qu'il ne peut fermer l'œil gauche, et qu'il a de la peine à empêcher le manger de lui sortir de la bouche par la commissure gauche.

Consulté alors, le Dr Gellé trouve une paralysie faciale très nette, complète.

La montre est entendue à 4 centimètres, à gauche; le tympan est clair, translucide, laisse voir l'enclume dans le 1/4 supéro-postérieur; il se meut facilement par l'épreuve de Valsava; triangle lumineux net, pas de bourdonnement.

Sa femme remarque que, depuis très longtemps, l'oreille droite est peu utile à son mari, et qu'il a eu toujours l'ouïe dure de ce côté, ce qui explique l'état scléreux de cette oreille.

La paralysie faciale est rapportée à un refroidissement banal.

Traitement: Iodure de potassium, mouche volante à l'apophyse mastoïde, électricité (courants induits).

Deux mois après, l'œil a pu se fermer; les contorsions de la bouche, ont peu à peu disparu; mais le côté de la face a paru au malade rester raidi et sensible. Cette sensibilité anormale a été le phénomène curieux de cette hémiplégie faciale. Aucun signe d'hyperexcitabilité de l'organe de l'ouïe. Insomnie fréquente et état de faiblesse qu'il ne peut s'expliquer.

En même temps, se montrent d'autres malaises d'abord vagues, puis plus caractérisés: crampes douloureuses dans les mollets, engourdissement dans les membres inférieurs, mouvements involontaires, sauts de la jambe, refroidissement de deux jambes et douleurs véritables dans les reins et la région sacro-coccygienne.

A la même époque, par intervalles, il se plaignait d'un état

Digitized by Google

douloureux des gencives et des dents, et d'une odeur souvent désagréable.

Au milieu de septembre, le malade devient si faible qu'il ne peut aller chez le Dr Gellé qui habite cependant à dix minutes à peine de chez lui.

Cet affaiblissement musculaire si rapidement accusé n'ayant, à mon bon sens, dit le Dr Gellé, aucun rapport avec la paralysie de la face, je fais coucher le malade, et je le vois au lit.

Il est démoralisé, affaissé, il a de la peine à se tourner de côté ; on le dirait atteint de paraplégie incomplète, ce qui n'est pas. Au pourtour du nombril on trouve un groupe de cinq ou six petites grosseurs, indolores, incolores, sous-cutanées, roulant sous le doigt; sur la région lombaire, au niveau de la ceinture, un groupe semblable.

A la palpation, le foie et la rate sont manifestement gonflés.

Gencives légèrement odorantes et fongueuses.

Janvier 1884. — Le malade est si faible qu'il ne peut se lever. Haleine fétide, gencives rouges, saignantes.

Les tumeurs cutanées et sous-cutanées augmentent de volume et de nombre; on en voit sur tout le corps. Les ganglions parotidiens, sous-maxiliaires et sterno-mastoïdiens sont envahis successivement, et d'abord isolés, ils se fondent bientôt en masses saillantes bosselées.

Le menton ne peut plus s'abaisser, le cou ne peut ni se plier ni se tourner, il a disparu en quelques jours; la tête et le cou ne font qu'un. Vertiges et bourdonnements d'oreille.

Le sang est examiné au microscope : on compte sur le champ du microscope (n° 7 Hartnach, 300 D) quarante-deux globules blancs en moyenne.

Une tumeur sous-cutanée de l'abdomen extraite et examinée a montré la texture du lymphadénome type.

A la fin de janvier la rate remplit la moitié du ventre proéminent, la face est œdématiée, entourée d'un bourrelet formé des masses ganglionnaires hypertrophiées du cou et des régions périmaxillaires. Œdème des jambes.

Mort le 19 *février.* — L'autopsie n'a pu être faite.

En résumé : La leucocythémie la plus grave, la plus généralisée, a débuté lentement, sournoisement, par des tumeurs isolées, dont quelques-unes sous-cutanées, d'autres plus profondes, dont l'une a comprimé le facial gauche et a atteint l'oreille gauche.

Enfin, il est très fréquent de trouver le syndrome de Mé-

Digitized by Google

nière dans les cas qui nous occupent. Mon observation en est un exemple typique. Cela n'a d'ailleurs rien d'étonnant, puisque la complication habituelle de la leucémie sur l'oreille est une hémmorragie, et que c'est précisément sur des cas d'épanchements sanguins dans le labyrinthe que Ménière avait basé la description du vertige qui a gardé son nom. A ce point de vue, une des observations les plus intéressantes que j'ai trouvées est celle de Blau. Son malade eut en effet une série d'accès vertigineux graves, pour lesquels une promenade en voiture joue chaque fois le rôle de cause déterminante. Il semble que les secousses de la voiture ont amené chaque fois des troubles circulatoires dans l'oreille et produit de petites hémorragies assez limitées. On ne put d'ailleurs faire sur ce point que des hypothèses, car le malade vivait encore lorsque son observation fut publiée en 1885. J'ajouterai ici, pour n'avoir plus à y revenir, deux observations résumées de Gottstein qui ont précédé celle de Politzer et auxquelles il manque, pour être satisfaisantes, un examen anatomique qui n'a pu être pratiqué; on verra en effet qu'il existait dans le premier cas des troubles cérébraux graves et il est permis de faire des réserves sur la localisation de la lésion. Il est bien probable cependant qu'il eut dans ce cas une double lésion dont la première atteignit le labyrinthe, car l'embarras de la parole et la paralysie furent précédés de symptômes assez typiques du vertige de Ménière.

Observation VII (Blau).

Marchand de 36 ans. Bien portant jusqu'en avril 1883, si ce n'est qu'étant enfant il a eu souvent des épistaxis et des douleurs à l'oreille droite qui ont fait penser à un catarrhe de l'oreille moyenne. Il avait surtout un sentiment d'obstruction de l'oreille, de la dureté de l'ouïe et des bourdonnements, mais tous ces phénomènes étaient passagers.

A ce moment il perdit son fils unique, et il fut tellement éprouvé par ce malheur qu'il maigrit beaucoup. Au mois de septembre, dysenterie dont il ne se releva que très lentement.

En février 1884 il se plaignait d'une grande faiblesse, et en juillet il fait une saison à Kissingen, où il ne prend que des

Digitized by Google

bains de boue. Au bout de quinze jours, le malade éprouva subitement des sensations d'étincelles devant les yeux, qui durèrent quinze jours; le malade voyait aussi en lisant des taches noires sur le papier.

Au mois d'août apparaissaient sur les jambes des taches purpuriques et un œdème léger, en même temps qu'une notable hypertrophie de la rate.

L'examen du sang fait à plusieurs reprises montre les modifications caractéristiques de la leucémie. Le malade va alors à la campagne et s'y trouve relativement bien au début de son séjour, mais, au bout de quinze jours, apparaît le début de l'affection de l'organe de l'ouïe, qui fut précédée par un vertige qui dura deux jours.

Le troisième jour il se sentit mieux, de sorte qu'il put faire le matin une promenade en voiture et déjeuner de bon appétit. De suite après, le vertige augmente tellement que le malade ne peut se tenir debout; il survient des nausées et des vomissements, ainsi qu'un bruit métallique élevé et des coups de marteau dans les deux oreilles avec de la surdité. Cet état persiste, avant de s'améliorer, pendant six jours, pendant lesquels on ordonne comme traitement une vessie de glace sur la tête et l'estomac et de petits fragments de glace dans la bouche.

Quand il se releva, le vertige proprement dit avait disparu, mais la démarche était toujours hésitante. Les bruits subjectifs de l'oreille continuaient des deux côtés et se caractérisaient par des coups de marteau et des bourdonnements, ayant les uns et les autres un caractère métallique. De plus, il semblait au patient que tous les mots qu'il prononçait et tous les bruits qu'il entendait étaient accompagnés d'une sensation analogue à un choc sur du fer-blanc.

L'audition ne paraît pas à ce moment fortement abaissée; le malade entend cependant mieux de l'oreille gauche, car il demande toujours à sa femme de se mettre à son côté gauche.

Quant il fut revenu de la campagne, à la fin de septembre, il fit trois jours après une promenade un peu longue sur une voiture mal suspendue. Au retour son état s'était sensiblement aggravé. Les bruits subjectifs avaient pris une telle intensité, surtout à gauche, qu'il semblait au malade que sa tête allait éclater. De plus, en quelques heures, il survint une diminution de l'audition allant jusqu'à la surdité presque complète. Pas de vertige. Les jours suivants, douleur dans l'oreille gauche.

Je vis le malade pour la première fois le 2 octobre. L'examen

Digitized by Google

de l'oreille donne, à gauche, une surdité absolue pour tous les bruits; à droite, l'audition était si abaissée que c'est à peine si, en parlant le plus près possible, on se faisait comprendre. Le diapason (212 vibrations à la seconde) était perçu à droite par les os et en avant de l'oreille, mais quand on l'appliquait à gauche, il était toujours entendu à droite.

A l'examen de l'oreille moyenne, on ne trouvait rien d'anormal à gauche; mais à droite, on pouvait constater un état catarrhal, et un peu de rétrécissement de la trompe d'Eustache. Le tympan paraissait légèrement blanchâtre, trouble et un peu enfoncé. On voit bien le manche et la courte apophyse. Après le cathétérisme, le tympan est moins enfoncé, mais l'audition pour la parole est à peine améliorée.

L'examen donne pour l'oreille gauche une surdité totale nerveuse, c'est-à-dire labyrinthique; à droite, un léger degré de catarrhe de l'oreille moyenne; et, de plus, une affection labyrinthique mise en évidence par les symptômes suivants : surdité considérable survenue brusquement avec une oreille moyenne à peine modifiée; résultat positif de l'expérience de Rinne, et enfin la perception tout à fait disproportionnée des sons bas en employant différents diapasons.

Comme état général, le malade était à ce moment si faible, qu'à peine il pouvait marcher sans appui. Il disait ne plus avoir de vertiges, bien que sa marche titubante, les jambes écartées, et le peu de sûreté de la station debout y fissent encore songer. Il ne pouvait se livrer à la moindre application intellectuelle; une courte conversation le fatiguait tellement qu'il s'endormait. La lecture de quelques mots déterminait des lueurs devant les yeux.

La rate était hypertrophiée, le sternum sensible à la pression (ce signe avait apparu avant tout autre symptôme de la maladie). Nombreuses taches purpuriques en différents points, surtout sur les jambes.

Comme traitement, cathétérisme régulier à droite, badigeonnage de teinture d'iode et frictions spiritueuses autour des deux oreilles.

Il y eut d'abord une amélioration de la maladie, l'oreille gauche resta sourde, mais la droite s'améliora de telle sorte que la montre, vers la fin d'octobre, était perçue à environ 0,30 centimètres, et la voix basse à plusieurs mètres. De même, l'état général et les forces s'étaient améliorés.

Le 3 novembre survient une troisième attaque du côté du laby-

Digitized by Google

rynthe ; il est pris, pendant une promenade en voiture, d'épistaxis abondante, qui nécessite le tamponnement. Là-dessus, bruit métallique très fort et bruit de choc dans l'oreille droite ; et, en quelques heures, surdité absolue de ce côté. Le bruit qui existait à l'état permanent du côté gauche fut promptement augmenté. Pas de vertige.

Quand je le vis, le lendemain, l'audition à droite avait disparu complètement ; même en criant dans l'oreille, impossibilité de se faire comprendre. Il se plaignait, en outre, d'avoir des bruits subjectifs très fatigants, et, du côté de l'oreille droite, il lui semblait entendre les sons à travers une planche.

Dans la caisse droite, aucune modification nouvelle, sauf une agglomération de mucosités qui avait déjà été remarquée quelques jours avant.

Le cathétérisme donne un peu d'amélioration subjective, mais ne modifie en rien l'audition.

Je recommande le repos absolu, la continuation des frictions déjà indiquées et le cathétérisme journalier. Un peu plus tard, on fit régulièrement passer par le cathéter des vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque dans la caisse.

Les jours suivants, état sans changement, puis amélioration progressive, mais beaucoup plus lente que la première fois, de sorte que l'audition n'atteint plus le degré antérieur.

A la fin de décembre, la montre était entendue à 10 centimètres, la voix moyenne à quelques mètres et la voix chuchotée pas du tout.

L'état de gêne de l'oreille signalé plus haut (sensation de planche) et les bruits métalliques ne s'étaient atténués que très lentement. A gauche, il persistait un bruit permanent d'intensité modérée ; à droite, un bourdonnement qui, souvent, prenait la forme d'un claquement pulsatile, ou parfois un faible sifflement quand le silence était complet. Le catarrhe de la caisse avait disparu complètement.

Tel était l'état relativement bon du malade à la fin de février, quand se produit à droite une inflammation subaiguë de l'oreille moyenne, probablement sous l'influence d'un froid. Il survient des douleurs vives, et, à l'examen du malade, on constata de la rougeur et du gonflement surtout marqué dans le cadran postéro-supérieur.

Au bout de trois jours, perforation et écoulement purulent, mais, le lendemain, l'écoulement avait cessé et la perforation était fermée. Ces manifestations d'inflammation purulente subaiguë

Digitized by Google

se reproduisirent encore une fois à droite, mais avec plus d'intensité, le 8, alors que les suites de la première atteinte avaient à peine disparu. La perforation s'était de nouveau faite dans le cadran postéro-supérieur. Comme elle était très petite et que je craignais une rétention du pus, je fis une large ouverture dans le cadran postéro-inférieur.

A la fin du mois, les perforations étaient fermées et l'otorrhée arrêtée. A ce moment, le tympan est de nouveau d'un blanc grisâtre, le manche et la courte apophyse faciles à voir, la trompe tantôt plus, tantôt moins obstruée.

L'audition est plus abaissée qu'auparavant, de sorte que la voix moyenne n'est comprise qu'au voisinage immédiat et la montre entendue seulement au contact.

L'état général du malade, dans les mois derniers, était relativement bon. Il se sent assez fort pour s'occuper de ses affaires, au moins d'une façon modérée ; il peut lire et écrire assez longtemps, faire à pied une assez longue course ; sa démarche est plus sûre et son apparence bonne.

Les épistaxis se reproduisent assez souvent ; il y a quelques semaines, il a eu une large ecchymose à la hanche.

Observation VIII (Gottstein).

Homme atteint depuis quatre mois de leucémie évidente. La rate est énorme. L'examen du sang donne l'augmentation caractéristique du nombre des globules blancs. L'état général du malade est si mauvais qu'il a été forcé d'abandonner ses affaires.

Le 5 décembre, il est pris subitement de vertiges au milieu de la rue, et il a beaucoup de peine à regagner son domicile. Rentré chez lui il s'affaisse et vomit à plusieurs reprises. Il éprouvait alors un violent bourdonnement dans l'oreille droite, qui était devenue sourde quand il put se relever.

Cet état reste le même jusqu'au 8, où il s'aperçut, à sa grande terreur, qu'il était également sourd de l'oreille gauche. Il se plaignait en même temps d'un tel vertige qu'il lui était impossible de se tenir assis dans son lit.

Quand l'auteur le vit, le 13 décembre au matin, son état général était relativement bon, pas de fièvre, surdité absolue. Le malade le suppliait, avant toute autre chose, de faire disparaître le bruit terrible qu'il éprouvait à la partie postérieure de la tête. Le même jour, vers six heures du soir, il perdit subitement la parole ; il n'émettait que quelques sons incompréhensibles, et

Digitized by Google

c'est avec peine que son entourage comprenait ce qu'il voulait dire. Malgré cela, la conscience était parfaite, il écrivait ce qu'il désirait, et répondait aussi par écrit d'une façon très sensée à toutes les questions.

Le lendemain matin, il perdit connaissance et mourut au bout de quelques heures avec des symptômes de paralysie cérébrale.

L'autopsie ne fut pas permise.

Observation IX (Gottstein).

Femme de 56 ans. Elle souffre depuis plusieurs mois d'une leucémie avec gonflement considérable de la rate; de plus, surdité survenue brusquement.

L'auteur a vu la malade pour la première fois, le 6 novembre. On lui dit que l'oreille gauche était devenue brusquement sourde quinze jours avant, et l'oreille droite depuis deux jours. La malade est très anémiée; elle a des hémorrhagies par le nez et le pharynx.

Elle se plaint de sensations douloureuses dans les deux oreilles; elle ne peut tenir sa tête droite, car, dit-elle, j'ai la sensation qu'elle ne tient plus à mon cou. Sa faiblesse était si grande qu'elle ne pouvait quitter le lit.

L'auteur ne put qu'examiner les tympans qu'il trouva normaux. L'état de la malade ne permit pas un examen plus approfondi.

La mort survint le 27 novembre. L'autopsie ne fut pas autorisée.

Il ne reste plus pour terminer qu'à appeler l'attention sur la rareté des complications auriculaires au cours de la leucémie, surtout si on la compare à la fréquence relative des manifestations de cette maladie sur l'appareil de la vision. Tandis que que l'œil présente une sorte de prédisposition aux hémorrhagies et aux exsudats dans les gaines vasculaires, de par la disposition même des vaisseaux, il semble nécessaire, pour que la suffusion sanguine se produise dans l'oreille, qu'il y ait eu auparavant un travail inflammatoire ayant préparé le terrain. Il est facile de se convaincre en effet, en relisant les observations précédentes, que dans tous les cas il y avait une affection auriculaire (suppuration ou sclérose) datant de loin. Comme dans mon cas, il est parfois noté qu'on a dû faire le tamponnement des fosses nasales, et on sait combien cette manœuvre, parfois indis-

Digitized by Google

pensable, amène facilement des complications du côté de l'oreille moyenne.

On s'explique ainsi pourquoi les auteurs comme Vidal et Isambert arrivent à ne donner qu'une proportion de un cas sur dix, de complications auriculaires, alors que les ophtalmologistes trouvent des manifestations leucémiques dans un tiers des cas (Leber). Et encore pourrait-on dire que ce chiffre de un dixième est un peu fort, si l'on réfléchit que la surdité et les bourdonnements d'oreille peuvent être produits dans la leucémie par l'état cachectique dans lequel se trouvent les malades, ou par l'administration de certains médicaments comme la quinine (un cas de Mosler). Enfin, dans quelques cas, les malades peuvent être porteurs d'anciennes lésions de l'oreille qui n'ont rien à faire avec la leucémie : c'était le cas pour un leucémique qui se trouvait à Sainte-Elisabeth, en même temps que le malade de mon observation, qui était dur d'oreille par une otite moyenne sèche : sa surdité remontant à l'enfance, alors que sa leucémie ne datait pas d'un an.

En résumé, mes conclusions sont analogues à celles auxquelles arrive Gradenigo, et je les résumerai rapidement ainsi :

1° La leucocythémie peut se compliquer de manifestations symptomatiques et de lésions du côté de l'organe de l'audition;

2° Les symptômes observés ont été tantôt la surdité unilatérale ou bilatérale, accompagnée ou non de bruits subjectifs et de vertiges, tantôt le syndrôme de Ménière le plus typique et le plus complet;

3° Cette variabilité de symptômes tient à ce que les lésions n'atteignent pas toujours les mêmes points de l'appareil auditif. Elles peuvent n'atteindre que la caisse (Gradenigo), la caisse et le labyrinthe (Steinbrügge), ou que le labyrinthe (Politzer, Steinbrügge, Lannois);

4° Dans quatre cas sur cinq, la lésion anatomique était une hémorrhagie ; dans un cas, celui de Politzer, il s'agissait de véritables néoformations leucémiques;

5° Ces complications sont relativement rares, ce qui s'ex-

Digitized by Google

plique par ce fait qu'on ne les trouve que chez des malades porteurs de lésions antérieures plus ou moins marquées de l'appareil auditif.

II

OTITE SUPPURÉE, ACCIDENTS CÉRÉBRAUX A LA SUITE DU TAMPONNEMENT POSTÉRIEUR DANS UNE ÉPISTAXIS GRAVE.

Par le Dr GELLÉ (1).

Ce titre donne un tableau complet de l'objet de ma communication et dit son importance.

La relation de cause à effet est démontrée, mais encore méconnue de beaucoup de médecins, et doit être vulgarisée. La cause première est le tamponnement postérieur des fosses nasales, rendu indispensable par une épistaxis rebelle; l'effet, imprévu le plus souvent, bien qu'assez facilement explicable et d'une gravité inquiétante, est la suppuration d'une ou des deux oreilles, avec accidents cérébraux, comme masque trompeur.

J'ai déjà deux fois traité ce sujet peu connu des praticiens, bien que les premiers faits portés par moi, après celui du Dr Créquy, devant la Société de médecine pratique datent de 1882. Devant la Société d'otologie et de laryngologie, j'ai lu quelque temps après de nouvelles observations suivies de réflexions sur la genèse de la complication auriculaire dans l'épistaxis. Alors j'ai discuté la valeur des conseils donnés pour la prévenir; et j'avais conclu, en produisant des preuves sérieuses, que le tamponnement postérieur des

(1) Mémoire lu à la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris, séance du 6 novembre 1890.

Digitized by Google

fosses nasales dans l'épistaxis est un traitement dangereux, non seulement pour les oreilles, mais pour la vie.

Depuis, ces idées ont pris corps et se sont répandues. La pathogénie de l'accident otique est bien comprise; mais on ne délaisse pas la pratique du tampon postérieur. Avec le professeur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, on pense que c'est une question de tampon ; que sa forme, son volume, étant bien calibrés adaptés aux choanes, il n'y a plus de danger à redouter.

Cependant, le temps pendant lequel le tampon reste en place, pendant lequel il séjourne dans l'orifice nasal, auprès du pavillon de la trompe, qu'il comprime forcément, a paru avec raison être un des éléments importants de la production de cette redoutable complication ; aussi Tillaux conseille-t-il de laver les cavités nasales dès le deuxième jour ; mais il laisse le tampon postérieur jusqu'au quatrième jour. Or, dans les deux mémoires que j'ai publiés sur ce sujet, j'ai montré faits en mains que les oreilles avaient déjà suppuré, bien que le tampon ait été enlevé au bout de deux jours.

Cette rapidité d'évolution peut étonner ; mais l'analyse des faits permet peut-être de la comprendre.

Si, en effet, souvent l'épistaxis a lieu avant l'otite, et celle-ci peut être un effet du traitement de celle-là, mais on trouve des cas où l'épistaxis accompagne l'otite, évolue sous l'influence du même raptus sanguin, marque pour ainsi dire son début (1); alors, on l'a vue parfois se produire par la narine opposée à l'oreille frappée d'otite; enfin, on a observé l'hémorrhagie par l'oreille en même temps que l'épistaxis dans certains cas de perforation large du tympan. Ces faits montrent qu'il y a et peut souvent y avoir un rapport d'évolution très intime entre les deux phénomènes qui seraient simul-

(1) Observation (p. 149, registre Salpêtrière).
Mme S..., 28 ans, enceinte de deux mois. Depuis un mois prise de douleurs rhumatismales erratiques, de maux de tête et de mal de gorge, avec malaises le soir ; puis épistaxis par la narine gauche; bourdonnements et surdite gauche, et douleur vive à l'oreille gauche avec battements ; trompe oblitérée : M. à 15 centim., tympan violet excavé sans reflet; immobile ; fluxion énorme et gonflement du cornet inférieur gauche dont la muqueuse est violetée mate, pharynx avec pilier gauche postérieur et face latérale gauche rouges cramoisis, déglutition un peu douloureuse ; rien ailleurs.

Digitized by Google

tanés, et non l'un consécutif à l'autre. On ne peut oublier les faits dans lesquels l'hémorrhagie a pu, suivant son point de départ, faire irruption à la fois par la narine et par la trompe; dans le même temps le sang a pris les deux voies. La sténose nasale aide à ce reflux. Par suite, au mode de genèse de l'otite bien admis aujourd'hui, celui qui consiste dans l'irritation due au contact du tampon, et surtout à la pénétration de l'humeur et du sang putréfiés dans les caisses, retenus qu'ils sont dans les fosses nasales, il en est d'autres à ajouter. L'oreille peut donc être envahie primitivement ou secondairement par le sang; l'otite est primitive et hémorrhagique ou secondaire et infectieuse, putride; mais dans les deux cas il y a eu pénétration de corps étrangers dans la cavité de l'oreille moyenne. Mais dans tous les cas, que vient faire le tampon? il s'oppose à la sortie du sang quand il a pénétré déjà dans la caisse, ou bien il facilite la pénétration des humeurs putrides dans l'oreille jusque-là indemne.

De toutes façons, il est nuisible. Le sang hors des vaisseaux, stagnant dans les cavités nasales ou auriculaires, se putréfie, se mêle à la multitude des micro-organismes qu'elles contiennent : l'inflammation est de nature septique.

Le tampon enferme « le loup dans la bergerie », et l'otite infectieuse ou des otites bilatérales suppuratives simultanées se déclarent avec le caractère de gravité, avec la rapidité d'invasion et d'évolution de ces affections septiques. Mais il y a plus : si l'obstacle n'est pas levé à temps, ce n'est pas le malade qui demandera secours : depuis longtemps il peut être dans le coma ou en délire, et le diagnostic, dès lors, se fera par l'issue brutale d'un flot infect par l'une ou les deux oreilles; ou bien le malade succombera par la propagation de l'infection à la cavité crânienne. Cette cruelle terminaison n'est point rare; j'en ai cité un fait en 1882. Dans une étude récente sur l'épistaxis, l'auteur en donnait, avec un historique très incomplet, quelques nouveaux exemples.

Il est donc de notre devoir de répéter que le tamponnement postérieur des fosses nasales est dangereux, non seulement pour les oreilles, mais également pour la vie.

Ce n'est pas le tampon qui est plus ou moins mal fait, c'est

Digitized by Google

le tamponnement lui-même qui est une opération très malfaisante : plus longtemps le tampon reste en place, plus le danger est grand.

Le tamponnement postérieur des fosses nasales est une opération qui n'est plus rationnelle dans l'état actuel de la chirurgie et des connaissances microbiologiques.

Dans l'observation qu'on va lire, le tampon est resté fort longtemps, l'hémorrhagie étant rebelle; aussi je ne la produis pas comme un élément de jugement du temps pendant lequel il doit être maintenu aux choanes; mais c'est un fait très net, où les signes de complications du côté du cerveau ont été des plus sérieux et avaient complètement fait dévoyer le diagnostic, et mis en échec la perspicacité d'un praticien très instruit; en effet, l'existence d'une albuminurie chronique semblait donner l'explication naturelle de l'apparition des symptômes cérébraux qui succédaient à l'épistaxis.

La nocuité du cloaque infect constitué par le tamponnement passait inaperçue. La crainte de l'épistaxis est salutaire; mais celle des otites suppurées consécutives au tamponnement postérieur ne saurait être trop éveillée.

Obs. (résumée). — M. M..., 54 ans, grand, robuste, conducteur de travaux, est pris subitement, il y a un mois, sur son chantier, d'une épistaxis intense par la narine droite, qui résista aux premiers soins et le força à rentrer chez lui.

Depuis cinq ans, cet homme est atteint d'albuminurie chronique faible, mais n'a jamais été arrêté dans ses travaux.

Le médecin de la famille fut forcé, après deux jours d'essais infructueux de tous les moyens d'hémostase, de pratiquer le tamponnement postérieur de la fosse nasale droite, vu l'état de pâleur et de faiblesse du sujet.

Il eut la précaution de faire le lavage de la fosse nasale avec des solutions légèrement phéniquées chaudes; mais le tampon dut être maintenu plusieurs jours, trois jours et demi, au dire du malade.

Dès la deuxième nuit, le malade se plaint de violentes douleurs dans le côté droit de la face, de la tête et dans l'oreille droite; il y a de la fièvre, de l'agitation; il se plaint et paraît être affaissé; il avale difficilement. La journée et la nuit suivantes sont

Digitized by Google

plus mauvaises encore; les douleurs ont leur foyer à l'oreille et tout autour du pavillon; le cou est gonflé, douloureux; la tête s'incline de ce côté, et le malade laisse échapper des cris de douleur; il se lève, se recouche; il a les yeux brillants et semble très abattu. La tête est chaude et tout le côté droit très sensible au toucher; le troisième jour, le malade est engourdi, somnolent, ne répond qu'à peine; il est étendu, geint et pousse des cris par moments.

Les calmants, le sulfate de quinine, les sinapismes, n arrivent pas à procurer le repos; puis la torpeur devient continuelle, la somnolence difficile à vaincre et les réponses sans suite : en réalité, on a tous les signes d'une affection cérébrale.

Au matin de la quatrième nuit, on enlève le tampon postérieur, on lave les fosses nasales et on s'aperçoit que l'oreille et l'oreiller du malade sont couverts, sont baignés de pus jaune épais, d'odeur infecte, comme l'humeur qui coule du nez débarrassé du tampon. L'oreille est sourde totalement à droite, la région mastoïde rouge, chaude, douloureuse, et le pavillon saillant en avant. Il y a un léger torticolis à droite.

De plus, le malade parle, encore étourdi, lourd de tête, engourdi de pensée, affaissé toujours, mais conscient qu'un grand soulagement vient de s'opérer, depuis cette issue d'un flot de pus pendant la nuit.

En définitif, le troisième jour et la quatrième nuit, la situation a été des plus critiques.

Les symptômes d'une complication cérébrale se dessinaient et s'accusaient de plus en plus, et le coma succédait évidemment à la période d'agitation et de plaintes.

C'est à ce moment que la famille, prévenue du danger, me fait appeler, non comme auriste, puisque l'oreille n'a pas encore coulé, mais comme médecin autrefois bien connu, d'elle et j'arrive auprès du malade le matin du jour où l'issue du pus l'a sauvé, en même temps qu'elle a posé le diagnostic, et assez à temps pour expliquer la pathogénie de la grave complication otique, des accidents cérébraux, et pour constater une fois de plus les méfaits du tampon postérieur.

Quinze jours après, la suppuration est moins abondante; le gonflement chaud de la région mastoïde a disparu, le tympan est plan rosé; la perforation suffisante donne issue à du pus moins épais, facilement balayé au dehors par le politzer, qui siffle maintenant.

Le malade mange et ne souffre plus.

Digitized by Google

La muqueuse du nez est encore très gonflée et coule encore; la gorge est bien; l'engorgement du cou a disparu; mais il reste un état très fâcheux de faiblesse intellectuelle et de paresse des jambes.

Un mois plus tard, le malade peut venir me voir, et je trouve l'état général aussi satisfaisant que possible et l'oreille en bonne voie de cicatrisation; la montre est étendue à 5 à 6 centimètres du côté de l'otite, et la perception crânienne est revenue.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Compte rendu par P. Gastou.

Séance du 6 novembre 1891.

Présidence du Dr Gellé.

Inhalations de vapeurs de menthol dans la trachéite, par les Drs Lubet-Barbon et Alfred Martin.

Depuis près de trois ans nous employons avec succès les inhalations chaudes de vapeurs de menthol dans le traitement de la trachéite.

Le principe de l'appareil dont nous nous servons est des plus simples. Il consiste dans l'emploi d'un flacon à deux tubulures dans lequel sont contenus les cristaux de menthol; il repose sur ce fait que le menthol entre en fusion à partir de 38° environ et se résout en vapeurs après 45°. Il suffira donc de plonger la partie inférieure du flacon dans un petit vase rempli d'eau chaude ou de le chauffer avec précaution au-dessus de la flamme d'une lampe. On voit les cristaux fondre peu à peu et la partie supérieure du flacon se remplir d'une buée blanchâtre qui se dégage par les tubulures. L'une d'elles est munie d'un tube en caoutchouc terminé par un embout en verre que le malade peut placer dans la bouche et à l'aide duquel il aspire les vapeurs qui se dégagent mélangées à l'air entrant par l'autre tubulure.

Digitized by Google

Il est bon de faire avec précaution et lentement les premières inspirations, sans cela la quantité de vapeurs de menthol serait trop considérable et pourrait donner un petit accès de suffocation au malade. Peu à peu d'ailleurs celui-ci s'habitue à doser pour ainsi dire lui-même la quantité de son aspiration.

Chaque séance doit comprendre cinq ou six inspirations et on peut recommencer à quelques heures d'intervalle.

Le menthol inhalé ainsi à une température supérieure à son point de volatilisation, entre en nature dans la trachée et se dépose sur ses parois. Les indications de cette médication sont les trachéites légères avec douleur et sensation de picotement à la pression de la trachée, avec toux répétée, ce qu'on appelle vulgairement *toux d'irritation*, avec ou sans expectoration.

Dans tous les cas où il y a douleur du larynx et de la trachée, en exceptant toutefois les trachéites des tuberculeux, qui paraissent en général mal supporter les inhalations. Nous les conseillons enfin dans tous ces cas où il n'y a pas un état trachéal ancien et invétéré, qui est justiciable alors des injections intra-trachéales d'huile mentholée. (*Injections intra-trachéales de menthol*, par Lubet-Barbon. — *Annales de thérapeutique*, juin 1889.)

Discussion :

Dr Cartaz. — Si j'ai bien entendu, ces inhalations sont difficiles à supporter.

Dr Lubet-Barbon. — Oui, quand elles sont chaudes.

Dr Cartaz. — Un médecin d'Aix, le Dr Chavernac, a essayé le naphthol dans la coqueluche ; il a vu que les inhalations de vapeur étaient contraires.

Il en est de même pour la tuberculose ; ces inhalations pourraient servir même quelquefois pour dévoiler les premiers vestiges de la phthisie pulmonaire. Il existe des appareils américains très ingénieux pour ces inhalations, en particulier celui qui sert également aux inhalations nasales.

Dr Luc. — Il serait utile de préciser les indications de l'emploi de cette méthode.

La tuberculose est-elle une contre-indication ?

Dr Lubet-Barbon. — La tuberculose n'est pas une contre-indication absolue ; mais les tuberculeux toussent davantage après l'inhalation, tandis que l'injection intra-trachéale de menthol les améliore.

Digitized by Google

Ce traitement réussit surtout dans la toux des vieillards sans bronchite et dans la trachéite de Beau.

Dr Luc. — En un mot, dans les toux d'irritation.

Dr Lubet-Barbon. — En résumé, ces inhalations sont utiles dans toutes les irritations laryngo-trachéales et dépourvues de danger dans leur emploi.

Suppuration du sinus maxillaire sans lésions dentaires apparentes, par le Dr Luc.

L'auteur rappelle que dans une précédente réunion de la Société il avait émis l'opinion que la plupart des suppurations du sinus étaient produites par une carie dentaire. Depuis lors il a eu occasion d'étudier des faits qui montrent que d'autres causes produisent ces suppurations.

Voici deux de ces faits : le premier a trait à une jeune femme qui se présente avec tous les signes rationnels d'un empyème du sinus maxillaire. Les dents étaient très bonnes ; pour confirmer le diagnostic, l'éclairage du sinus fut appliqué et montra une opacité à droite. La première grosse molaire enlevée donna issue à une assez grande quantité de pus.

Le deuxième cas est analogue ; pas de lésions dentaires, si ce n'est une légère encoche de la première grosse molaire due à un traumatisme.

Dans le premier cas on peut attribuer la suppuration à une infection d'origine génitale, la malade ayant été opérée d'une salpyngite.

L'auteur conclut que les lésions des dents signifient peu pour le diagnostic, que l'éclairage rend seul précis.

Discussion :

Dr Lœwenberg s'étonne que l'auteur, au lieu d'arracher une dent saine, n'ait pas tenté l'intervention par la voie nasale.

Dr Luc n'est pas partisan de l'intervention nasale : la paroi est trop dure, l'orifice de sortie du pus trop étroit empêche les lavages ; il peut enfin se produire des hémorrhagies, toutes choses que l'on ne voit pas en enlevant une molaire.

Dr Martin a guéri des suppurations du sinus en faisant des lavages par l'hiatus.

Dr Lœwenberg. — Il est très rare de guérir par ce moyen.

Dr Martin. — On peut en tout cas l'essayer s'il n'y a pas de lésions dentaires.

Digitized by Google

Otite suppurée consécutive au tamponnement postérieur dans l'épistaxis, par le Dr Gellé.

(Voir *Annales*, page 35.)

Discussion :

Dr Chatellier. — L'épistaxis est presque toujours causée par une rhinite limitée à la partie inférieure et antérieure de la cloison ; elle résulte souvent de l'enlèvement d'une croûte et de l'érosion d'un petit vaisseau de la région.

Ce petit vaisseau, qui monte du plancher, se divise sur la cloison en deux branches. Le lieu constant des épistaxis non traumatiques est au niveau de ces vaisseaux. J'ai pu voir très nettement dans un cas d'épistaxis chez une vieille athéromateuse un caillot siégeant au point d'élection. J'enlevai ce caillot : un jet de sang jaillit; ce jet avait la grosseur d'une mine de crayon, il était plus volumineux que celui donné par les artères dans la trépanation. J'appliquai du nitrate d'argent, sans succès du reste.

Je mis alors un tampon de ouate à la partie antérieure ; le sang s'arrêta. Vingt-quatre heures après ayant voulu enlever le tampon, l'épistaxis se reproduisit. Le deuxième jour seulement, je pus enlever le tampon sans voir l'hémorrhagie se renouveler.

Je constatai sur la cloison, à 5 ou 6 millimètres du plancher, un petit point blanchâtre qui indiquait nettement le point d'où était partie l'épistaxis.

Dr Lubet-Barbon. — Il ne faut pas faire de tamponnement postérieur à moins d'indication absolue, car dans 30 0/0 des cas il s'agit de lésions des parties antérieures des fosses nasales.

Dr Martin. — Dans le cas d'éperon de la cloison, le vaisseau, habituellement antérieur, peut se trouver en arrière et au-dessous ; c'est là qu'il faut tamponner.

Dr Luc. — Dans les interventions chirurgicales, l'hémorrhagie est le plus souvent postérieure. Il faut alors tamponner en arrière. Le tampon antiseptique à l'iodoforme, laissé quarante-huit heures, ne m'a jamais donné d'otites.

Dr Gouguenheim. — La discussion soulevée au sujet du tamponnement est d'une importance capitale. Cette méthode de traitement dans l'épistaxis est constamment appliquée ; elle a pourtant ses dangers, quoique le plus souvent on la considère comme un remède héroïque.

Digitized by Google

Il faut faire connaître le plus possible que l'hémorrhagie naît de la partie antérieure. Cela est peu connu et je suis bien aise que le Dr Gellé ait soulevé cette question pour rappeler les avantages du pansement antérieur.

Je dirai à propos des hémorrhagies opératoires et même spontanées que le pansement au tampon de gaze iodoformée est excellent. On en fait avec raison une panacée pour ces hémorrhagies, car c'est un remède facile. Chiari, de Vienne, l'a recommandé un des premiers.

Le Dr Gellé a peut-être été exagéré dans ses assertions sur le danger du tamponnement postérieur. Ce danger est réel, l'observation du Dr Gellé le prouve, mais il n'existe pas dans tous les cas. J'ai pratiqué souvent le tamponnement postérieur pour des hémorrhagies post-opératoires ; je n'ai jamais eu un seul accident quoique laissant les tampons deux jours en place.

En résumé, on peut conclure qu'il faut vulgariser la connaissance du siège antérieur de l'hémorrhagie, préconiser l'iodoforme et se rappeler les dangers du tamponnement dans des cas exceptionnels.

Dr Martin. — Il y a une différence entre le tamponnement postérieur et le tamponnement du pavillon, c'est ce dernier qui cause les méfaits en causant l'effraction.

Dr Lœwenberg. — Hartmann a été un des premiers à citer les dangers du tamponnement. Je n'ai pas connaissance de la concomitance des hémorrhagies auriculaires et nasales.

Dr Chatellier. — L'iodoforme est quelquefois difficilement toléré, le salol et l'iodol le sont plus facilement.

Dr Gouguenheim. — Je dirai à M. Chatellier que j'ai toujours vu l'iodoforme bien toléré, il jouit en outre de propriétés hémostatiques, je ne sais pas en vertu de quelles propriétés physiologiques cette hémostase a lieu, mais elle est certaine. Une preuve à l'appui est encore dans la manière dont je fais le pansement postérieur des fosses nasales, je dis pansement et non tamponnement, car il n'y a pas de compression ainsi que cela se produit dans le tamponnement habituel.

M. Martin a soulevé la question du manuel opératoire du tamponnement en disant que c'est le tampon qui comprime et cause le traumatisme.

Je pratique le tamponnement sans traumatisme, en ne me servant jamais de la sonde de Belloc. C'est un instrument qu'il faut proscrire.

La sonde en gomme suffit et ne provoque jamais de traumatismes.

Digitized by Google

Dr Gellé. — On pense qu'il est impossible de se passer du tamponnement, quel qu'il soit, antérieur ou postérieur dans les épistaxis graves. Il existe pourtant un moyen des plus simples : dans un cas extrêmement grave, deux injections sous-cutanées d'ergotine ont eu raison de l'hémorrhagie très rapidement.

Le Dr Martin dit que le pansement en arrière est dangereux. Le danger est dans les bouchons antérieur et postérieur, et dans le sang emmagasiné entre les deux. Ce sang, véritable nid à septicémie, s'infiltre partout à chaque effort de déglutition.

Je répondrai au Dr Lœwenberg que la simultanéité des deux hémorrhagies nasale et auriculaire m'a été fournie par plusieurs observations.

Dr Lœwenberg. — Probablement alors en temps de grippes.

Dr Gellé. — Oui, et également quand il y avait un état dyscrasique accentué :

Du canal de Jacobson, de la facilité de le reconnaître sur le vivant et de son rôle probable dans la pathogénie de certaines lésions de la cloison nasale, par le Dr Potiquet.

Le canal de Jacobson est chez l'homme, on le sait un vestige de l'organe du même nom, très développé chez certains mammifères ; il occupe la région antéro-inférieure de la cloison nasale. Moldenhauer était jusqu'ici le seul rhinologiste qui eût essayé de le voir sur le vivant, et ses recherches avaient été vaines. Malgré quelques difficultés dont certaines sont inhérentes à la région, et dont d'autres tiennent au canal même, à l'étroitesse de son orifice et à la brièveté de son trajet, M. Potiquet établit qu'on peut l'y reconnaître assez souvent avec la vue aidée d'un stylet très fin épais de six dixièmes de millimètre environ et parfaitement mousse à son extrémité. La recherche de ce cul-de-sac, ajoute-t-il, ne peut être considérée comme un complément obligé de toute exploration, même méthodique des fosses nasales ; mais il suffit qu'elle puisse être utile quelquefois pour que le rhinologiste se fasse à l'avenir un devoir d'y procéder, si besoin en est.

Bien des raisons, et quelques observations, portent d'ailleurs l'auteur à penser que ce canal pourrait bien jouer un rôle important dans la pathogénie de certaines lésions de la cloison nasale. En effet, chose digne de remarque, la région du septum, de beaucoup la plus importante au point de vue pathologique, celle où se localisent avec une prédilection des plus marquées les processus morbides, quelle que soit leur nature (syphilides

Digitized by Google

ulcéreuses, perforations syphilitiques, ulcère perforant, perforations dues au lupus, à la lèpre, etc.), est précisément celle qui abrite le plus le canal de Jacobson. L'auteur a vu des lésions lupiques et des lésions syphilitiques aiguës, limitées exactement à la région qu'occupe habituellement le canal de Jacobson, et même dans deux cas en rappelant la forme d'une façon frappante, mais il n'a pu les y surprendre tout à fait à leur début, c'est-à-dire alors que le trajet du canal était encore reconnaisable; et cette dernière condition lui paraît devoir être remplie avant qu'on puisse affirmer l'existence d'un nouveau genre nosologique : la *jacobsonite*.

M. Potiquet résume ainsi son mémoire :

1° Le canal de Jacobson, peut, sinon toujours, du moins assez souvent, être reconnu sur le vivant;

2° Sa recherche a dès maintenant sa place marquée dans l'exploration des cavités nasales;

3° Il y a lieu de rechercher la relation qui peut exister entre le canal de Jacobson et les lésions occupant la région où il siège.

Discussion :

Dr Lœwenberg. — Un anatomiste à l'encontre de Gegenbauer, a vu à la place du conduit une glande étendue sur le septum.

Dr Potiquet. — Le canal est plus net chez le nouveau-né et l'enfant. Il y a corrélation de forme pour cet organe chez l'embryon humain et le lapin.

Cas de polype sous-glottique enlevé avec la pince de Fauvel, par le Dr Papadopoulos.

Le polype avait amené la dyspnée et l'aphonie habituelle; l'auteur signale ce fait pour montrer les avantages de la pince de Fauvel.

Névralgie naso-lobaire symptomatique d'une syphilis tertiaire nasale, par le Dr Gellé.

Il s'agit d'un enfant de 14 ans atteint de névralgies de la branche naso-lobaire avec rhinite et otorrhée. Pas de signes de spécificité ou de tuberculose chez le malade. La mère, en revanche, a été soumise, il y a 9 ans, à un traitement mixte pour une ostéo-périostide syphilitique des os propres du nez, et elle a guéri.

Digitized by Google

L'auteur, en présence de l'état du malade et de ses antécédents, rattache les accidents à l'hérédo-syphilis.

Discussion :

Dr Lœwenberg. — Il n'y a rien chez cet enfant qui puisse affirmer la syphilis. Un supplément d'information serait nécessaire. J'ai vu cependant des cas d'otites suppurées dans l'hérédo-syphilis.

Sangsue dans le larynx, par Aubert, d'Alger.

(Voir l'analyse de cette observation, page 55.)

PRESSE FRANÇAISE

Complications cérébrales des otites, par A. Robin.
(*Médecine moderne*, 26 novembre 1891.)

La leçon clinique que nous analysons n'est pas l'œuvre d'un spécialiste; notre savant collègue et ami le Dr Robin, médecin de l'hôpital de la Pitié, s'est souvenu, en faisant cette conférence, que jadis il avait dû se familiariser dans un concours d'agrégation avec des questions que, d'habitude, n'affectionnent pas les savants cliniciens de notre École de Paris. Il s'est acquitté de ce travail avec un réel talent. Après avoir présenté une longue observation sur la question, il a montré le mécanisme de ces accidents qui sont susceptibles de se produire soit par contiguïté, soit par voie vasculaire, soit par les communications nerveuses, et a développé ces divers processus avec une grande sagacité clinique et en s'appuyant sur l'opinion de divers auteurs, spécialistes ou autres. Les lésions consécutives aux otites sont habituellement multiples ou associées pour l'auteur, et les associations les plus fréquentes sont la méningite et l'abcès cérébral, la méningite et la phlébite, seules ou associées, soit à l'abcès du cerveau, soit à l'abcès du cervelet. A. Robin reconnaît, en tout cas, *plusieurs formes cliniques :* 1° une forme lente ou latente ; 2° une forme foudroyante ; 3° une forme rapide.

La première est la plus commune; elle est consécutive, ordinairement à la carie du rocher, et son évolution s'accomplit en deux

Digitized by Google

étapes, dont la première, ou prémonitoire, est importante à reconnaître au point de vue du salut du malade ; elle est caractérisée, en effet, par des rémissions, des guérisons apparentes ; elle peut durer fort longtemps et être caractérisée *soit* par des céphalées avec otalgie, *soit* par des vertiges, des troubles visuels, des attaques hystériformes, épileptiformes ou apoplectiformes, *soit* par des troubles intellectuels de toute espèce, *soit* enfin par des paralysies localisées, transitoires, de la face ou des membres. Après une longue durée de ces signes, éclatent les accidents aigus, mortels.

La seconde est *la forme foudroyante*, pouvant durer peu de temps, parfois même quelques instants. C'est une véritable forme infectieuse.

La troisième est *la forme rapide*, procède par coups successifs et ascendants, sans rémission ; elle peut durer deux à trois semaines.

La thérapeutique est celle des otites suppurées et l'intervention chirurgicale. A. G.

D'une forme particulière de vertige auriculaire, par Lœwenberg.
(*Bulletin médical*, 26 et 30 août 1891.)

Lœwenberg fait, dans ce travail, une étude à la fois clinique et pathologique d'une forme bénigne de vertige de Ménière provoquée par l'envoi brusque d'une certaine quantité d'air dans la caisse, soit par le mouchage, soit par le procédé de Politzer. Ce phénomène peut survenir chez des individus atteints de pharyngite propagée à la trompe, quand cette dernière se trouve obstruée, au moment de la désobstruction et de l'entrée brusque de l'air. Il peut aussi se rencontrer chez des individus dont l'oreille moyenne est saine, quand le conduit auditif est le siège de bouchons cérumineux.

Lœwenberg étudie le mode de production de ce phénomène survenant soit par le refoulement en dehors de la membrane du tympan (*contact brusque alors avec le bouchon*), soit par celui de l'étrier en dehors de la fenêtre ovale et la pression consécutive des organes de l'oreille interne. A ce propos, Lœwenberg démontre une erreur qui existe dans les livres classiques, à propos de la position de l'étrier dans les cas de diminution de l'entrée de l'air dans le tympan; en cette circonstance, l'étrier ne serait pas enfoncé, comme on l'a écrit, mais saillant dans l'intérieur de la caisse, l'entrée brusque de l'air produirait le vertige en le repoussant du côté de l'oreille interne. Il fait aussi

Digitized by Google

une longue digression physiologique sur la cause du vertige et il s'attache à démontrer que ce phénomène n'est pas produit par une pression sur une partie du cerveau (*Lucae*), mais par l'excitation directe des organes de l'oreille interne.

Nous recommandons au lecteur de parcourir cette longue et un peu subtile discussion. A. G.

Clinique otologique annexe de la Salpêtrière, année 1890, par Gellé. (*Progrès médical*, 29 septembre, 3 et 10 octobre 1891.)

Notre savant collaborateur et ami, M. le Dr Gellé, fait, dans ces trois numéros du *Progrès médical*, une étude statistique et clinique des relations de l'otologie avec les maladies nerveuses observées à la consultation otologique du professeur Charcot. Il n'est pas aisé d'analyser une étude où la statistique prend une si grande part, mais dont la partie classique présente l'intérêt que peut lui donner l'autorité, dans la matière, d'un praticien aussi expérimenté que Gellé. Qu'il suffise de dire que les troubles auditifs sont étudiés dans l'hystérie, dans la neurasthénie les névralgies et paralysies faciales, les vertiges, la migraine, le tabes, la maladie de Basedow, la chorée et l'épilepsie. L'étude séméiotique des vertiges, dans un certain nombre de ces maladies, est présentée avec une grande autorité. Beaucoup de détails, ainsi que les opinions qui sont exprimées dans ces pages ont déjà figuré dans les savants mémoires publiés par l'auteur dans les *Annales*.

Nous recommandons cette *Revue* à l'attention de nos lecteurs.

A. G.

Surdité par les oreillons, par Gellé. (*Arch. intern. de laryng.*, mars-avril, 1891, p. 65.)

Le Dr Gellé se demande si la surdité grave constatée à la suite d'oreillons est brusque et de cause nerveuse, ou si elle n'a pas été préparée par l'existence de lésions auriculaires moyennes peu importantes jusque-là, et, par conséquent, plus difficiles à affirmer. L'observation de quatre cas lui a démontré que ces deux causes peuvent se montrer, et que dans les formes otiques graves, le délire, les bruits et l'absence de grosses lésions objectives graves semblent indiquer le labyrinthe comme siège de la lésion destructive. A. G.

Digitized by Google

Fracture perpendiculaire du rocher, fracture de l'occipital, communication du foyer de la fracture avec le pharynx et le conduit auditif externe. Mort, autopsie, par Cazenave. (*Bull. de la Société anatomique de Paris*, juin 1891, p. 372.)

La pièce anatomique présentée par Cazenave venait d'un sujet qui mourut cinq jours après l'accident, des suites d'une hémorrhagie par le conduit auditif externe, le pharynx ne fut pas examiné. A l'autopsie, on trouva une fracture de l'occipital se continuant avec une fracture du rocher passant en dehors de l'orifice du conduit auditif interne ; le cul-de-sac arachnoïdien de l'aqueduc de Fallope était déchiré, mais le nerf facial était intact : enfin, au bord antéro-inférieur du rocher se trouvait une esquille au niveau de la trompe d'Eustache : il y avait donc deux voies ouvertes à l'infection ; une par le conduit auditif, l'autre par le pharynx. Le liquide qui s'écoula les jours suivant l'accident par l'oreille contenait des streptocoques. Dans le crâne, on trouva du sang et de l'inflammation des méninges et du parenchyme cérébral, puis du pus. Enfin, l'auteur insiste dans ce cas sur la rareté des fractures perpendiculaires du rocher. A. G.

Fracture du crâne. — Fracture oblique de la base du rocher. Otorrhagie abondante, par W. Cazenave. (*Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, oct.-nov. 1891, p. 594.)

Le rocher présenté à la Société anatomique se détachait facilement du reste de la base du crâne. On y constata en raison des fractures d'avant en arrière, une lésion des cellules mastoïdiennes, de la caisse et du conduit auditif externe. Le malade eut aussi une paralysie faciale, sans lésion du nerf ; mais il est vrai que le cerveau était fortement contusionné et que c'est la multiplicité des fractures qui empêcha de faire la trépanation. A. G.

Contribution à l'étude des hémorrhagies névropathiques de l'oreille, sans perforation de la membrane tympanique, par Luc. (*Arch. intern. de laryng.*, février 1891, p. 14.)

L'auteur a choisi un cas dans lequel, à la suite d'une vive contrariété, le malade eut cet accident, et l'examen lui montra que le siège de l'hémorrhagie était à la face postérieure du conduit, près de la membrane du tympan : il fait allusion à d'autres faits en petit nombre de Cartaz, de Magnus Huss, de Ferreri, Stepanow, Petiteau, Eitelberg, Baratoux, Gradenigo

Digitized by Google

et Gellé, pour confirmer l'existence de cette otorrhagie sans lésion de l'oreille moyenne. Ce symptôme peut être unilatéral ou bilatéral, il est précédé de prodromes soit céphaliques (lourdeur de tête), soit auriculaires (bourdonnements, sensation de chaleur aux oreilles), soit sternutatoires, soit dyspnéiques, cardiaques ou intestinaux, disparaissant avec l'hémorrhagie. Quant au siège, il lui semble, avec MM. Rossi, Ferreri et Baratoux, que le sang vienne des glandes cérumineuses, conformément à ce qui se passe du côté de la peau, et l'on sait que l'hémorrhagie cutanée se produit le plus souvent du côté de l'orifice des glandes. A. G.

Un cas de malformation congénitale et un cas d'anomalie du pavillon de l'oreille chez l'enfant, par Variot. (*Gaz. méd. de Paris*, 14 novembre 1891.)

L'auteur présente à la Société d'anthropologie une malformation congénitale chez une enfant de 6 ans, ayant des traces de syphilis héréditaire. Le pavillon de l'oreille gauche est réduit à un petit moignon : l'hélix et l'anthélix sont en quelque sorte fusionnés. Le tragus existe à peine, il n'y a pas d'antitragus ; la membrane du tympan manque et la caisse est recouverte d'une enveloppe épaisse. L'auteur recherche les causes de cette malformation qu'il ne croit pas d'origine spécifique. Il suppose que ce fait serait la suite d'un traumatisme consécutif à une bride amniotique, mais comment expliquer l'imperforation du conduit? A. G.

Abcès de la paroi postérieure de la trachée; trachéotomie, mort. Autopsie, par Jacob. (*Paris médical*, 16 mai 1891.)

Relation clinique d'un fait intéressant observé chez un enfant de 7 ans; l'examen laryngoscopique ne put donner de résultat diagnostique, aussi l'observateur donne à la discussion de son cas des développements bien naturels. La marche de l'affection fut très rapide, la dyspnée survint au bout de 4 à 5 jours de maladie ressemblant au début à une simple bronchite. Cette dyspnée avait un caractère particulier, l'inspiration était relativement aisée, puis l'expiration était difficile; aussi l'auteur conclut-il de ce fait à l'existence d'une tumeur sous-glottique, et la dysphagie se montra aussi simultanément, enfin les accidents respiratoires furent si violents que la trachéotomie dut être accomplie ; dès que la trachée fut ouverte le pus s'écoula, et quelques jours après l'enfant succomba à une pneumonie. A l'autopsie on trouva un abcès de la trachée et l'œsophage normal. A. G.

Digitized by Google

Laryngite hémorrhagique, par Luc. (*Arch. internat. de laryngologie*, etc, mars-avril 1891, p. 89.)

Le malade, homme de 55 ans, eut deux fois des hémoptysies qui guérirent rapidement. A l'examen laryngoscopique l'auteur trouva de la congestion du larynx et au niveau du cartilage de Santorini gauche une érosion occupant le centre d'une ecchymose de teinte violacée foncée. L'examen de la poitrine fut négatif.

A. G.

Les laryngites typhiques, par M. Peter. (*Union médicale*, 10 mars 1891.)

Dans une leçon clinique faite à l'hôpital Necker, le professeur Peter étudie l'évolution clinique et l'anatomie pathologique des laryngites typhiques. Ces manifestations peuvent arriver à deux périodes de la maladie, au début ou dans son cours, à la période de convalescence, cette dernière est plus grave que la première. Comme le dit avec raison Peter, l'hypérémie laryngée est de règle dans la fièvre typhoïde, exceptionnellement la lésion évolue dans la profondeur et aboutit aux accès de suffocation : c'est à la région aryténoïdienne et à l'épiglotte que ce processus se développe en produisant de l'aphonie et de la dysphagie, puis il finit par devenir purulent, ulcéreux et ulcéro-nécrosant. La trachéotomie peut devenir une nécessité. Péter dit que la laryngite typhique précoce se montre habituellement du 15e au 20e jour. Quant à la laryngite typhique tardive, elle se montre au bout de deux mois pendant la convalescence. C'est une complication très redoutable, mortelle le plus souvent et dans tous les cas laissant à sa suite des déformations qui nécessitent le maintien indéfini de la canule. Les altérations des cartilages sont très prononcées et l'épiglotte, l'aryténoïde et le cricoïde sont ceux qui sont habituellement intéressés ; l'auteur combat cette tendance désorganisatrice par l'application de vésicatoires au devant du cou. A. G.

Fibro-adénome diffus des muqueuses larygienne et pharyngienne, par Luc. (*Arch. internat. de laryngol.*, etc., mars-avril 1891. p. 85.)

Le malade, objet de cette étude, était un homme de 26 ans, très vigoureux et bien constitué qui était malade depuis un an, d'abord de troubles de la déglutition, puis d'un peu de cornage. On constata une tumeur derrière le pilier postérieur droit et une série de tumeurs à l'entrée du larynx et le long de la paroi postérieure. La première fut extirpée au moyen du galvanocau-

Digitized by Google

tère, les suivantes au moyen de la galvanocaustique (anse chaude) et de la pince à double curette de Krause. Ces opérations durèrent deux mois. Enfin une tumeur du voile du palais et des végétations adénoïdes furent enlevées. L'examen hystologique fait par Dubar conclut à l'existence de *fibro-adénome diffus*. L'étiologie de cette affection est obscure. La syphilis dut être mise hors de cause. L'auteur pense à une lésion généralisée du tissu lymphoïde. A. G.

Un cas d'adénome du larynx, par Schmiegelow. (*Revue de laryngol.*, etc., 15 novembre 1891.)

Schmiegelow nous donne une observation d'un intérêt exceptionnel, car la malade, âgée de 46 ans, opérée par lui, succomba seulement deux ans après l'opération laryngienne, d'un cancer de l'estomac, sans avoir eu de récidive du côté du larynx.

La maladie débuta 6 mois avant l'observation de l'auteur, pendant cet intervalle, elle subit de petites extirpations dans un but explorateur; l'auteur constata qu'un côté du larynx était absolument sain, le gauche; c'est à droite que siègeait le mal, qui envahit presque toute l'étendue de la corde vocale supérieure.

La corde vocale inférieure droite de ce côté est saine. *La malade fut opérée : trachéotomie* et, simultanément, thyrotomie, extirpation de la tumeur, de la moitié du cartilage thyroïde, de l'aryténoïde et d'une partie de l'espace intra-aryténoïdien. La malade guérit complètement en trois semaines, et il n'y eut jamais de récidive. A l'examen laryngoscopique, on vit un peu de déviation à gauche du côté du larynx respecté par l'opération et, du côté opéré, une masse blanche qui finit par devenir rosée et par se recouvrir de muqueuse. La voix était très convenable.

La pièce fut examinée par Rasmussen : cette pièce, d'une couleur rouge bleuâtre, à surface granuleuse, s'étend sur toute la fausse corde jusqu'au cartilage thyroïde. Pas de séparation entre la tumeur et le tissu sain.

Dans la pièce, nombreux acini, bien séparés du tissu environnant et situés soit à la surface de la tumeur, soit dans les parties profondes. On rencontre souvent des conduits excréteurs qu'on peut suivre jusqu'à la surface ; ces conduits sont tapissés d'un épithélium cylindrique. L'épithélium ciliaire manque. On trouve des hypertrophies du tissu fibreux avec nodules. Peu de vaisseaux. Près du cartilage, on trouve exclusivement du tissu fibreux et conjonctif, même avec nombreux nodules.

Digitized by Google

Il semble que des glandes se développent continuellement dans la muqueuse, car on trouve dans celle-ci toutes les gradations, depuis des enfoncements légers jusqu'à des conduits très développés

Par ci par là, sous la surface, infiltration vive de corpuscules lymphoïdes. J'ai tenu à copier toute cette intéressante description. A. G.

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par Nicaise. (*Revue de chirurgie*, novembre 1891.)

Mémoire très consciencieux, dans lequel l'auteur défend ce procédé opératoire par le moyen de mensurations de l'espace crico-thyroïdien prises par lui très exactement. Pour réussir dans cette opération, il faut, dit-il, des canules de diamètre modéré et dont la courbure ne soit pas trop prononcée en arrière, 9 à 10 millimètres chez l'adulte homme, 8 à 9 chez l'adulte femme. On ne doit non plus, *à aucun prix*, entamer le cartilage cricoïde sous peine d'accidents. Or, lorsque cette opération a été pratiquée, *très souvent le cricoïde a été intéressé*, et Nélaton avait même conseillé de faire sur le bord de ce cartilage une *légère encoche;* Nicaise peut donc être persuadé qu'un certain nombre de ceux qui, avant lui, ont recommandé l'opération de Vicq-d'Azir n'ont pas observé la règle qui est recommandée. De plus, je crois devoir faire observer à l'auteur qu'il n'est pas toujours aussi facile qu'il le suppose de passer entre deux cartilages ossifiés, à moins que la canule ne soit très petite, et encore ! Je me rappelle avoir lu à ce propos un article critique très bien présenté par le Dr Decaudin, dans un journal de Paris. Nicaise ne parle pas non plus des cas où le cartilage cricoïde aurait perdu par la carie toute sa solidité, et pourtant j'en ai présenté un à la Société de chirurgie, et l'auteur n'en dit mot. En somme, le travail de Nicaise est très consciencieusement présenté, mais l'opération qu'il recommande n'en est pas moins difficile à pratiquer, et même peut être contre-indiquée *dans quelques cas.* A. G.

Trois observations de laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par Schwartz. (*Archiv. intern. de laryngol.*, etc., novembre-décembre 1891.)

Plaidoyer en faveur de ce mode d'ouverture des voies aériennes, trois observations à l'appui. A. G.

Digitized by Google

Traitement de la tuberculose laryngée par la lymphe de Koch, par J. Charazac. (*Revue de laryng.*, etc., 1er mars 1891.)

L'auteur cite un exemple de traitement par cette méthode qui a eu des résultats désastreux, congestion, œdème et apparition de granulations miliaires sur les parties de l'organe indemnes jusque-là. A. G.

Sténose aiguë d'origine syphilitique. Opération au moyen du curettage sans trachéotomie, par Luc. (*Arch. internat. de laryngol.*, etc., mars-avril 1891, p. 91.)

La glotte n'était pas altérée chez la malade, femme de 43 ans, mais l'entrée du larynx était obstruée par des infiltrations considérables au niveau des aryténoïdes. L'auteur fit la résection de ces tumeurs qui furent examinées, dans la pensée que la tuberculose en était l'origine. Cet examen fait par Ledoux-Lebard ne montra pas l'existence des bacilles. Le traitement antisyphilitique fut administré et la malade guérit. *Nous avons vu souvent des faits de ce genre qui guérirent facilement en une à deux semaines par le traitement spécifique.* A. G.

Sangsue dans la trachée, par C. Aubert. (*Bulletin médical de l'Algérie*, 1er octobre 1891.)

Femme de 57 ans, soignée depuis 7 jours avec le diagnostic de *sangsue dans les voies aériennes*. La sangsue a été avalée dans un verre de vin, elle avait, paraît-il, un volume très petit qui la rendait presque invisible, elle atteignit un gros volume (*longueur 4 centimètres et épaisseur d'un crayon ordinaire*). Premiers signes : piqûre à la gorge, puis accès de suffocation, vomissements de sang, aphonie, bruit de drapeau. A la première observation de l'auteur, aspect hémorrhagique très prononcé et accès de suffocation. Au laryngoscope, trois morsures sur le fond du pharynx, sur le repli a. e. gauche, sur l'épiglotte. On voit la sangsue d'abord à la face postérieure du larynx, puis de la glotte, enfin à la face antérieure de la trachée. Après la trachéotomie on put extraire la sangsue. Quelques jours après la malade sortit de l'hôpital. Guérison, la canule était enlevée. A. G.

Corps étranger de la trachée extrait par la trachéotomie, par L. Montaz. (*Société de chirurgie de Paris*, séance du 20 mai 1891.)

Routier donne lecture de cette observation de Montaz, de Grenoble, où il s'agit d'un enfant de 13 ans, qui avala par mé-

Digitized by Google

garde un crochet de cuivre destiné à attacher du linge, un accès d'oppression faillit faire pratiquer la trachéotomie de suite; mais *neuf mois* après, le retour de la dyspnée imposa l'opération : on savait alors par l'examen laryngoscopique que le corps étranger siégeait au niveau des cordes vocales. L'incision de la trachée dut comprendre le cartilage cricoïde et la membrane crico-thyroïdienne, et au-dessous des cordes on constata l'existence du corps étranger qui était fixé par des replis de la muqueuse qui le recouvraient, on dut réséquer ces replis pour faire l'extraction. Depuis, le malade a conservé un peu d'oppression, mais il n'a plus été question d'examen laryngoscopique. A. G.

Corps étrangers dans les voies aériennes, par CHARAZAC (*Annales de la polyclinique de Toulouse*, novembre 1891, p. 77).

Charazac cite deux cas. Dans le premier, il s'agissait d'une femme qui avait retenu le col de sa robe avec une aiguille qui s'enfonça brusquement dans le cou. Au laryngoscope, on vit l'aiguille dans la trachée et on ne put la saisir par la voie endolaryngée; il fallut faire l'ouverture du cou jusqu'à la trachée; l'opérateur put alors extraire le corps étranger, qui avait pénétré entre le cartilage cricoïde et la trachée, sans ouvrir cette dernière. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un enfant de 5 mois qui avala la croix d'un chapelet; le corps étranger s'était enfoncé dans le larynx, au niveau de la base de la langue; l'extraction se fit aisément au moyen d'une pince. A. G.

Du chloroforme dans la trachéotomie, par P. GEFFRIER. (*Tirage à part de la Revue de chirurgie*, décembre 1890.)

L'opération de la trachéotomie est douloureuse, les enfants qui la subissent se révoltent contre l'opérateur avec la plus grande énergie, elle peut durer plus longtemps qu'on ne le pense, enfin une question de durée n'empêche pas d'endormir les malades pour faire subir une opération très courte, telles sont les raisons de premier ordre que l'auteur allègue pour justifier l'anesthésie, avant et pendant la trachéotomie chez les diphthéritiques. Ce n'est pas seulement une question de philanthropie, mais surtout de grande sécurité pour l'opérateur, qui peut pratiquer avec la lenteur nécessaire une opération qu'il n'y a aucune nécessité à faire avec une rapidité excessive qui n'est pas dépourvue toujours d'inconvénients.

La chloroformisation est pratiquée le plus souvent dans ces cas à l'étranger; en France seulement elle a été pendant longtemps

Digitized by Google

d'une proscription peu légitimée. Nous pouvons affirmer que chez l'adulte elle rendait les plus grands services avant l'application de la cocaïne. Je l'ai pratiquée le plus souvent, ce que Geffrier a bien voulu rappeler au début de son travail.

L'auteur a justifié cette pratique par la publication de 87 observations. Dans les deux tiers de ces faits, le chloroforme a été très bien toléré; dans le dernier tiers, la moitié était très satisfaisante, l'autre moitié a inspiré quelques inquiétudes. Aucun malade n'a succombé, et par une coïncidence assez curieuse, les résultats de l'opération ont été sensiblement meilleurs.

Geffrier reconnaît toutefois quelques contre-indications, une cyanose très avancée (alors c'est inutile), car le malade est anesthésié d'avance, ou une cyanose moins accentuée avec *tirage expiratoire* très prononcé. Dans ces derniers cas, le spasme est moins fort et le danger qui menace les malades est causé par l'existence de gros bouchons de fausses membranes diminuant la capacité respiratoire.

La durée de la chloroformisation est généralement très courte, et 3 à 5gr de chloroforme ont suffi. Nous ne saurions trop recommander la lecture de ce travail éminemment suggestif et présenté avec des qualités rares d'observation. A. G.

Recherches expérimentales sur les fractures du cartilage cricoïde, etc., par Zilgien. (*Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie*, 17 octobre 1891.)

Travail d'expérimentation et de critique : expérimentation à propos du siège des fractures et critique à propos de l'explication des accidents et de la mort.

L'expérimentation a montré à l'auteur que les fractures du cricoïde étaient facilitées par l'ossification et la dégénérescence amiantacée, c'est-à-dire par la présence de stries dans la substance hyaline ; dans ces cas, la fracture est créée assez aisément. La force nécessaire pour la produire est inférieure à celle que nécessite la fracture du cartilage thyroïde, peut-être 1/3 au moins. Le cricoïde se fracture toujours à la partie antérieure d'abord, puis à l'union des lames avec le châton, jamais en arrière, les fragments peuvent présenter l'aspect d'une articulation diarthrodiale, c'est-à-dire une surface plane et une cupule. Cette conclusion expérimentale serait en rapport avec les faits cliniques.

L'auteur cherche ensuite à déterminer la cause de la mort; il ne croit pas, après l'avoir expérimenté, qu'elle se produise

Digitized by Google

par l'aspiration des fragments vers la cavité, il pense plutôt qu'elle est la suite du gonflement inflammatoire progressif.

D'après la lecture des faits cliniques, il nous a semblé que l'emphysème jouait dans la production de la mort un rôle bien plus certain et plus prouvé.

La trachéotomie est le traitement obligatoire et le plus capable d'enrayer les accidents, *c'est une conclusion que les études cliniques ont démontrée, et nous avons pu, dans une appréciation d'un travail français récent de M. le Dr Clarac, attirer l'attention de nos lecteurs sur cette thérapeutique forcée.* A. G.

Un cas de fracture des cartilages thyroïde et cricoïde et de la trachée ; mort ; autopsie, par Zilgien. (*Revue médicale de l'Est*, 25 novembre 1891.)

Le blessé mourut dans les vingt-quatre heures. Cause de l'accident : chute au devant du cou, sur le devant d'une brouette très lourdement chargée, dont la roue s'était cassée ; trois heures après, prostration, orthopnée, gonflement du cou, dysphagie, cyanose, mais, dit l'auteur, ni ecchymose, ni emphysème ; la voix est conservée, mais elle est très basse. Le blessé succomba très vite. A l'autopsie, on trouva, avant l'ouverture de la peau, une grosse crépitation au niveau du cartilage cricoïde ; à la dissection, extravasation sanguine entre les muscles périlaryngiens. Membrane cricothyroïdienne intacte, ainsi que l'os hyoïde. Le cartilage thyroïde est fracturé à droite, à 6 millimètres du bord antérieur. Le cricoïde est fracturé en trois endroits, au milieu et sur les bords, en avant. Le périchondre interne est intact. Le premier anneau de la trachée est fracturé sur le côté droit, avec périchondre conservé sur les deux faces. Muqueuse du larynx : *glotte* et *espace sus-glottique normaux ;* au niveau des traits de fracture, gonflement et point ecchymotique. Cartilages aryténoïdes non déplacés et normaux. Poumons très congestionnés. A. G.

Hystérie. — Spasme laryngé avec asphyxie. — Trachéotomie, par Muselier. (*Gaz. méd. de Paris,* 31 octobre 1891.)

Muselier cite le fait d'une femme de 23 ans, qui subit à deux reprises l'opération de la trachéotomie pour deux attaques de spasme laryngé avec asphyxie. Si les faits de spasme laryngé sont communs dans l'hystérie, il est rare d'être obligé d'en venir à cette extrémité, et l'auteur se demande si on aurait pu éviter l'opération ; toutefois il l'a vue formellement indiquée dans

Digitized by Google

cette circonstance. Mon opinion est que la trachéotomie est obligatoire parfois dans cette circonstance, elle a été faite par les praticiens les plus autorisés, et déjà j'avais soulevé cette question à l'Association française, à la session de Rouen (1884) dans un mémoire que j'ai lu devant cette assemblée. A. G.

Mutisme hystérique avec agraphie, par Lépine. (*Revue de médecine*, 10 octobre 1891.)

L'agraphie compliquant le mutisme hystérique est excessivement rare. Le professeur Charcot en aurait observé un cas, rapporté par Natier en 1888 chez une femme hystérique, hémiplégique droite avec paralysie du facial inférieur. L'auteur regrette que dans ce cas l'examen laryngoscopique n'ait pas été fait, car on sait que parfois on a trouvé une seule corde paralysée; il se demande si ce fait n'est pas du même ordre que ceux de Garel, qui a vu la paralysie d'une seule corde dans deux cas de lésions cérébrales. A. G.

De la toux nerveuse, par Raugé. (*Bulletin médical*, 13 et 16 septembre 1891.)

L'auteur dont les *Annales* ont déjà analysé quelques travaux parus, soit dans le *Lyon médical*, soit dans le *Bulletin médical*, a entrepris dans cette étude la critique de l'appellation *chorée du larynx*, proposée par Schrötter, et la réhabilitation du vieux terme de *toux nerveuse*. Il est certain que la toux nerveuse n'a, ni dans sa régularité ni dans l'aspect laryngoscopique, rien qui rappelle les mouvements désordonnés et irréguliers de la chorée, mais, comme Raugé le dit à un endroit de son mémoire, les deux affections peuvent coïncider ou se succéder l'une à l'autre ; c'est peut-être ce qui a suggéré aux auteurs de cette appellation l'idée de la dénommer ainsi ; enfin, le caractère de ce symptôme de disparaître pendant la nuit, est encore un trait commun avec la chorée. Nous pensons que, dans cette affection essentiellement nerveuse, l'auteur n'a pourtant pas fait jouer un rôle suffisant à l'hyperexcitabilité de la muqueuse respiratoire qu'une expérience clinique que j'ai faite plus d'une fois m'a permis de constater : quand on ferme l'orifice buccal de manière à ne faire pénétrer l'air que tiédi par le passage à travers les fosses nasales, cette toux constante s'arrête aussitôt. Ce n'est pas là, je crois, un effet de la suggestion. A. G.

La forme et le calibre physiologique de la trachée, par F. Lejars. (*Revue de chirurgie*, avril 1891.)

Dans une étude consciencieusement faite, l'auteur confirme le

Digitized by Google

résultat des recherches de Nicaise sur le rôle de la partie membrano-musculeuse de la trachée. Les contractions de cette partie ont pour but de diminuer le calibre de la trachée, et cette contraction continue est le rôle physiologique de la trachée au repos ; dans les grands mouvements : cris, chant, effort, la trachée s'allonge et son calibre augmente ; le calibre est diminué à l'état de repos, et la face postérieure se rapproche de l'antérieure ; aussi l'auteur fait remarquer que le calibre de la trachée vivante est plus petit que celui de la trachée morte, dans des proportions assez sensibles, et contrairement à ce que l'on trouve sur le cadavre, c'est en haut que, pendant la vie, la trachée est plus volumineuse. Ces contractions de la paroi membraneuse ont pour résultat d'apporter des entraves au séjour de la canule dans la trachée, et indiqueraient le choix de canules d'un diamètre moindre, c'est ce que nous appliquons depuis quelques années dans notre pratique. A. G.

Physiologie de la voix et dilatation de la trachée chez les chanteurs, par Nicaise. (*Académie de médecine*, séance du 28 juillet, *Progrès médical*, 1er août 1891.)

Il résulte des recherches de Nicaise, que la trachée joue un rôle actif dans la production du chant, en se dilatant et s'allongeant au moment de l'aspiration, elle sert donc d'auxiliaire puissant aux muscles inspirateurs au moment de la formation du son. Aussi les lésions de ce conduit troublent-elles profondément les fonctions vocales, ainsi que l'intensité et le timbre des sons. L'auteur affirme aussi que l'abus de la voix chez le chanteur pourrait amener des dilatations persistantes de la trachée.

A. G

De la thyrotomie dans le cancer du larynx, par E.-J. Moure. (*Revue de laryngol.*, etc., 1er novembre 1891.)

Quatre observations démontrent l'inutilité de cette opération dans la cure du cancer du larynx; après chaque tentative, la récidive a été presque immédiate.

Cette opération, vantée par quelques auteurs, n'est donc destinée qu'à donner des succès tout à fait exceptionnels.

Nous pensons malheureusement qu'on peut en dire autant de tout autre procédé, même de celui de l'extirpation par les voies naturelles que nous avons employé avec succès tout récemment; il est vrai que nous ignorions, avant l'opération, à quel genre de tumeur nous avions affaire, et que le succès de l'opération a tenu probablement à la profondeur où nous avions pu atteindre

Digitized by Google

avec notre pince coupante; la tumeur était, du reste, très localisée. A. G.

Un cas de croup d'emblée, par J. Simon. (*Gaz. des hôpitaux de Paris*, 15 décembre 1891.)

J. Simon fait une leçon clinique sur ce cas observé chez un jeune enfant de 6 à 7 ans. En quelques jours l'enfant, sans avoir présenté de fausses membranes sur le pharynx et sans que l'examen laryngoscopique ait démontré l'existence d'une fausse membrane, arriva à un degré d'asphyxie tel qu'on dut faire la trachéotomie. La canule ne put être tolérée, et l'enfant succomba rapidement. A l'autopsie on trouva une très longue fausse membrane dans la trachée, descendant jusqu'à la glotte. Le diagnostic avait pu être fait pendant la vie, car un morceau de fausse membrane expectorée renfermait des bacilles de Lœffler.

L'auteur ne pense pas toutefois que ce cas soit absolument démonstratif, car on a pu ne pas assister à l'apparition d'une plaque sur le pharynx, et l'examen nasal n'a pas été fait. Il cite pourtant deux autres faits semblables observés, l'un en commun avec un médecin de la ville et l'autre par un de ses maîtres; le diagnostic, dans ce dernier fait, ne put être établi qu'à la fin de la maladie et un peu avant la mort. A. G.

Note sur le tissu érectile des fosses nasales, par A.-H. Pilliet. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, mars 1891, p. 209.)

Après quelques développements historiques sur cette question, l'auteur présente à la Société des coupes de la muqueuse nasale destinées à montrer l'existence du tissu érectile, son caractère et son origine. Il finit ensuite sa communication par l'étude comparée de la muqueuse nasale, à ce point de vue, chez les différents animaux. Le tissu érectile est surtout abondant à la crête des cornets, et il diminue à mesure qu'on s'avance vers les méats et la paroi externe des fosses nasales.

La cloison ne possède pas ce tissu; il est composé par des espaces irréguliers tapissés intérieurement d'une couche endothéliale avec noyau saillant, et ils sont entourés par deux couches de fibres musculaires lisses; la couche la plus interne est longitudinale, l'externe est perpendiculaire à la précédente. Il y a plusieurs plans de vaisseaux érectiles qui vont en diminuant de grandeur à mesure que l'on s'éloigne de la profondeur. Le plan

Digitized by Google

le plus profond est adossé au tissu osseux. Entre eux se trouve une certaine quantité de tissu conjonctif.

Au niveau du tissu érectile les glandes, très abondantes d'ailleurs, peuvent manquer. Pendant la vie fœtale, le tissu érectile manque ou est presque rudimentaire. A. G.

Sur la structure du cartilage élastique, par A. Pilliet. (*Soc. anat. de Paris*, 1891, p. 403 des Bulletins.)

L'auteur a examiné le fibro-cartilage du nez et celui de l'oreille *chez l'adulte*, et il résulte de ses recherches que le tissu élastique qui, habituellement, forme un réseau très net entourant les cellules, est susceptible de se modifier à ce moment de la vie; il pense que ces modifications tendant à la destruction et à la disparition de ce tissu, sont des lésions définitives, et que les fibres élastiques sont les premiers éléments frappés dans ces lésions nullement apparentes pendant la vie et, par conséquent, aucunement soupçonnées. A. G.

Pemphigus de la muqueuse nasale et pharyngienne, par Seifert. (*Revue de laryngologie*, etc., 1er février 1891, p. 65.)

Seifert rapporte l'histoire curieuse d'une femme de 41 ans qui lui avait été envoyée par un oculiste avec le diagnostic de pemphigus de la conjonctive: cette femme se plaignait de douleurs fréquentes de la gorge, et elle crachait souvent des morceaux fibrineux. L'auteur eut l'occasion de voir se former à la surface de la muqueuse nasale des vésicules pleines de sang et se former à la suite des couches membraneuses; il pense que le pemphigus, considéré comme très rare, pourrait bien être plus fréquent si on examinait la muqueuse des malades qui crachent de pareilles membranes. L'examen histologique de la muqueuse du cornet a été fait : l'épithélium est modifié, de cylindrique il est devenu cubique; le tissu conjonctif, perforé, est proliféré ; les glandes sont infiltrées et les tuniques artérielles des petits vaisseaux sont épaissies.

A la suite de son observation, Seifert présente quelques développements historiques et cite sur ce sujet les travaux d'Hébra, de Zwillinger, de Neumann et de Purjesz, etc. A. G.

Examen de quatre rhinolithes, par A. Berlioz. (*Arch. internat. de laryng., de rhinol. et d'otol.*, mai-juin 1891, p. 932.)

Les 4 rhinolithes qui ont fait l'objet de cette étude avaient été présentées par Ruault en 1890 à la Société française d'otologie et de laryngologie. L'examen a démontré qu'un seul con-

Digitized by Google

tenait un noyau de cerise, les autres ne contenaient aucun noyau central. A l'examen chimique, l'auteur trouve de grandes quantités de sels de chaux, phosphate et carbonate dans tous. D'où vient ce contenu? il croit que c'est du mucus desséché.

Il est difficile de dire l'origine de ces concrétions : l'examen des larmes et du mucus nasal liquide montre la présence de très peu de chaux. L'auteur pense que la formation des rhinolithes est presque toujours secondaire, bien que l'on découvre difficilement le point central.

Il discute d'autres théories, telles que la microbienne (Czarda, Galippe), mais oublie sous ce rapport de citer le travail de Chiari paru dans cette Revue. A. G.

Un cas de déviation de la cloison des fosses nasales corrigée par un traumatisme, par Potiquet. (*Revue de laryngologie* 15 avril 1891.)

A propos d'un cas observé, sur un cadavre, de fracture de la cloison cartilagineuse non consolidée et ayant corrigé une déviation très probable de cette cloison, l'auteur discute l'origine des déviations de la cloison et conteste l'opinion du traumatisme : D'abord, dit-il, on n'a jamais constaté de fracture de la cloison osseuse en dehors de la fracture des os du nez ; puis les fractures de la cloison cartilagineuse sont rares et elles ne sembleraient pas amener la déviation quand elles se produisent. Il pense enfin que les déviations osseuses seraient des hypergénèses et n'auraient aucune relation avec le traumatisme.

Cette étude assez ingénieuse appelle avec raison l'attention sur l'étiologie peut-être trop facilement admise du traumatisme et de son influence sur les productions de déviations du septum. A. G.

Abcès sous-muqueux double de la cloison nasale d'origine traumatique, par Luc. (*Arch. internat. de laryngol.*, etc., mars-avril 1891, p. 89.)

A la suite d'une chute, le malade eut des accidents d'obstruction nasale, causée par deux abcès symétriques de la cloison à la partie antérieure de la cloison, le pus était fétide. L'auteur fait observer que dans un cas il n'observa pas la déformation nasale que nous décrivîmes au Congrès de Berlin. A. G.

Thrombose des veines ophtalmiques et des sinus caverneux à la suite d'une pustule d'acné de l'aile du nez, par Destot. *Province médicale*, *in Bulletin medical*, 16 août 1891.)

L'homme qui fait l'objet de cette communication avait 46 ans,

Digitized by Google

il était alcoolique et avait sur le nez une pustule d'acné qu'il avait l'habitude d'écorcher. A la suite d'un violent refroidissement, il eut des frissons avec céphalée, puis son œil gauche larmoyant sortit de l'orbite, il y eut du chémosis et le liquide qui s'écoulait du globe oculaire détermina des inoculations d'acné. Deux ou trois jours après, le malade succomba. A l'autopsie on trouva depuis le bouton d'acné écorché primitivement jusqu'au sinus caverneux, toutes les veines thrombosées, dilatées, entourées d'un manchon de tissus œdématiés, infiltrés et dan la graisse de l'orbite, on trouva des petits ilots purulents. La veine ophtalmique énorme atteint le volume d'une plume de corbeau. Edème cérébral. A droite, les veines déjà altérées, mais à un degré moins considérable. A. G.

Note sur le mode de communication du sinus frontal avec le méat moyen, par Alezais. (*Bulletins de la Société de biologie*, séance du 17 octobre 1891.)

Très intéressante étude anatomique montrant la difficulté extrême d'exploration de lésions par le nez, la raison des variétés nombreuses de direction du conduit qui mène du sinus à l'infundibulum du méat moyen et quelquefois de la multiplicité de ces conduits rendant le trajet difficile à traverser et enfin des variétés de l'infundibulum lui-même, qui se développe plus ou moins suivant les différents sujets.

Quelque différentes que soient les dispositions décrites, *dit l'auteur*, l'ouverture du sinus frontal dans le méat moyen, m'a paru occuper une situation relativement fixe que l'on peut estimer en la rapportant sur la paroi orbitaire interne, à 1 centimètre en arrière de la lèvre antérieure de la gouttière lacrymale, au niveau du tendon de l'orbiculaire des paupières. Cette ouverture répond en avant et en dedans à la lame unciforme, ainsi la sonde passera plus facilement dans le méat moyen ou l'antre d'Highmore. Le cathétérisme du sinus frontal peut encore être rendu difficile par la présence des gouttières voisines qui conduisent aux cellules ethmoïdales.

En un mot, l'exploration nasale du sinus frontal rencontre de grandes difficultés, comme on peut s'en assurer par la lecture de cet excellent travail. A. G.

Études sur les abcès des sinus frontaux par A. Guillemin. (*Arch. d'opht.*, t. XI, 1891, *in Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 8 août 1891.)

Les causes sont très nombreuses, maladies générales, trau-

Digitized by Google

matismes et corps étrangers, rhinites, signes : lenteur du début, douleurs névralgiques, écoulement nasal purulent, tumeur orbitaire, etc. Enfin, l'affection peut se terminer par l'établissement d'une fistule intarissable. L'auteur propose comme traitement la trépanation et le passage d'un drain allant aux fosses nasales. A. G.

Contribution à l'étude des angiomes des fosses nasales, par Luc. (*Arch. de laryngol.*, décembre 1890, p. 34.)

L'observation d'un cas important et d'un autre peu de temps après ont été la base de ce travail où l'auteur démontre la rareté des cas de ce genre, tant en France qu'à l'étranger. La structure histologique est celle du myxome traversé par des vaisseaux très nombreux, gonflés outre mesure et tapissés d'une couche endothéliale; en un mot, il s'agit là d'un véritable tissu caverneux. Le siège de ces tumeurs est habituellement la partie supérieure de la cloison et le cornet moyen, leur volume est considérable, leur base très large. Quelquefois on perçoit de véritables battements. La quantité de sang qui la suit est telle que les précautions les plus minutieuses sont nécessaires soit pour opérer, soit après l'opération. Le sang est quelquefois si difficile à arrêter qu'on a pu voir des malades succomber d'hémorragie. L'auteur préfère l'anse froide maniée avec prudence à l'emploi de l'anse chaude et il se demande si l'électrolyse dans ces cas ne rendrait pas les mêmes services que dans les fibromes nasopharyngiens. Il cite dans son travail les mémoires de Roë (de Rochester), de Jarvis, comme étant les plus importants sur la matière. A. G.

Soins consécutifs à l'ouverture buccale du sinus maxillaire et mode de lavage très simple de cette cavité, par Luc. (*Arch. internat. de laryng.*, février 1891, p. 5.)

L'auteur pense que le danger d'introduction des aliments est exagéré, toutefois il y obvie en appliquant dans le trajet, pendant les repas, l'extrémité d'une bougie de gomme renflée à son bout inférieur. Enfin, il ne croit pas à la nécessité de laisser un drain en place pendant un temps très long dans l'ouverture artificielle du sinus.

Il est possible que dans des cas observés par lui l'auteur n'ait pas vu d'inconvénient à cette pratique, mais nous en avons observés où il a fallu rouvrir le trajet qui s'était oblitéré en raison du retour de tous les accidents et il est très difficile, tous les spé-

Digitized by Google

cialistes ne l'ignorent pas, de déterminer exactement le temps que le catarrhe du sinus même le mieux traité mettra à disparaître. A. G.

Polype muqueux congénital des fosses nasales chez un nouveau-né, ablation, guérison, par Le Roy. (*France médicale*, 12 juin 1891.)

Fait très rare dont l'auteur n'aurait pu trouver dans la science un cas analogue. L'enfant était très fort, et, dès le début, l'alimentation au sein était très difficile; on vit alors un petit polype qui sortait de la fosse nasale gauche. L'auteur, craignant l'intervention à ce moment, ne la pratiqua que trois semaines plus tard dans des conditions d'état général bien moins bonnes, et, malgré cela, l'opération réussit très bien sans hémorragie.

A. G.

Un cas de rhinosclérome, par Besnier. (Société française de dermatologie et de syphiligraphie, séance de juin 1891, in *Bulletin médical*, 14 juin 1891, p. 582.)

Besnier cite le cas d'une malade étrangère de l'Amérique du Sud, atteinte de cette affection que nous n'observons presque jamais en France. La description est classique, la maladie a débuté il y a quatre ans par la cloison nasale, tout le nez est envahi et l'arrière-gorge l'est aussi. Le larynx n'est pas intéressé. Besnier insiste sur l'inutilité de tout traitement médical, mais, dans une séance ultérieure de la Société, il dit avoir traité la malade en faisant pénétrer dans les tissus malades des flèches de chlorure de zinc pour limiter le mal et augmenter la perméabilité des fosses nasales. Les résultats ont été encourageants. A. G.

Rhinosclérome, par Jacquet. (Société française de dermatologie et de syphiligraphie, séance du 9 juillet, in *Mercredi médical*, 15 juillet 1891, p. 356.)

Cette présentation consiste en l'examen bactériologique des tissus malades de la précédente malade. Le suc était prélevé au centre de la tumeur et les ensemencements faits sur divers milieux. L'auteur trouva deux microbes : 1° le streptocoque pyogène; 2° un bacille court, décrit par Frisch, Cornil et Babès et Pellizzari. Ce bacille est absolument semblable au microbe de Friedländer et ne s'en différencierait, suivant Paltauf et Eiselsberg, que par une virulence moindre. Jacquet pense que ces divers microbes ne sont que secondaires et pénètrent *après*

Digitized by Google

coup dans la tumeur. Netter, qui prend part à la discussion, dit que l'examen des préparations de Jacquet ne lui permet pas de distinguer le bacille de la pièce de celui de Friedländer. A. G.

Du toucher de la cavité naso-pharyngienne, par Ziem. (*Arch. intern. de laryng.*, etc., novembre-décembre 1891.)

Cette intéressante question de technique pharyngienne a été traitée d'une façon remarquable par un des hommes qui ont contribué le plus brillamment à la pratique rhinologique moderne depuis ces dix dernières années.

Il s'agissait, pour le cas particulier, de critiquer l'opinion d'un spécialiste de Francfort-sur-le-Mein, le Dr Avellis, qui, dans une étude comparée de la rhinoscopie postérieure à l'aide du mémoire et du toucher, avait donné, sans hésiter, la préférence au premier de ces moyens, aidé de l'application du relève-luette. Depuis Voltolini, le relève-luette a varié étonnamment dans sa construction ; chaque praticien a voulu avoir *le sien*, bien que le crochet de Voltolini n'ait vraiment subi qu'un changement important, la fixation de l'instrument sur la face ; en ce cas, il nous semble que le plus commode serait celui de Moritz Schmidt.

Eh bien! cet instrument qui, lorsqu'il est toléré, permet de faire de bons examens, bien souvent ne l'est pas ou ne l'est que fort peu de temps, et lorsque l'intolérance survient, mieux vaut se débarrasser de suite de l'appareil. Bien qu'en pense Ziem, l'application de la cocaïne me paraît indispensable pour l'adaptation de cet instrument et même me semble très utile pour faire l'exploration au toucher.

Nous partageons entièrement l'opinion de Ziem sur la supériorité du toucher que l'on peut toujours pratiquer dans l'examen rhinoscopique postérieur sur le miroir qui est souvent impraticable. Le toucher, comme le dit Ziem, permet de bien limiter les tumeurs, leur point d'implantation et leur rapport exact, et, par suite, de bien adapter les instruments qu'on peut introduire par les fosses nasales aux tumeurs qu'ils sont destinés à faire disparaître, même les végétations adénoïdes.

Avec l'examen rhinoscopique, on ne peut percevoir plus aisément que les ulcérations superficielles, et la couleur des liquides qui tapissent le cavum pharyngien ainsi que leur point d'origine ou de départ.

Quant à la difficulté d'examen, elle avait été exagérée avec raison par Avellis; avec l'habitude, cette exploration est tou-

Digitized by Google

jours facile, et si l'introduction du doigt était peu aisée, il suffirait de faire faire un mouvement de déglutition pour arriver aisément au but ; mais, d'accord avec Ziem, nous pouvons affirmer que cette difficulté est plus facile à surmonter que l'application, *dans nombre de cas*, du miroir rhinoscopique.

En somme, étude magistrale de technique faite avec compétence par un des plus expérimentés rhinologistes. A. G.

De quelques troubles provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge. par Lubet-Barbon. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1891, p. 499.)

Les végétations adénoïdes ont surtout été étudiées au cours de la seconde enfance ; mais elles peuvent cependant s'observer dès la première semaine de la vie. Leur phénoménalité est souvent méconnue chez le nourrisson : on diagnostique simplement un coryza chronique et l'on néglige l'intervention chirurgicale qui seule peut guérir l'enfant et prévenir des complications toujours graves. Dans un très intéressant travail, Lubet-Barbon attire sur ce point l'attention des cliniciens.

La maladie emprunte à cet âge une symptomatologie un peu spéciale, adéquate à la valeur des fonctions qu'elle trouble. C'est dire que les phénomènes auditifs sont ici au second plan : la gêne respiratoire est le fait primordial, d'où résultent des difficultés dans la tetée, dans la respiration.

L'enfant tette mal : à chaque instant il quitte le sein pour respirer par la bouche, et de temps à autre, avalant de travers, secoué d'une quinte de toux, il vomit.

L'enfant respire mal; dans le jour il est d'une paleur livide, la bouche ouverte, le nez haletant, avec parfois une inspiration suivie simulant le croup; la nuit il a un sommeil agité troublé de réveils en sursaut, coupé d'accès de spasme glottique.

L'enfant tousse, surtout quand on lui ouvre la bouche ; à ce moment des mucosités, se détachant du pharynx, viennent chatouiller l'entrée du larynx ; Lubet-Barbon considère comme un bon signe diagnostic ce fait, que la pression sur la trachée ne réveille pas de quintes, ce qui permet d'exclure l'idée d'une trachéite ou d'une coqueluche.

Et par cette peine qu'il éprouve à prendre le lait et l'air qui lui sont nécessaires, le petit malade arrive rapidement à un état voisin de l'athrepsie.

Le diagnostic est délicat. Il faut d'abord songer à rattacher cette pseudo-athrepsie à l'occlusion permanente des fosses na-

Digitized by Google

sales, l'enchifrénement, le jetage mico-purulent qui irritent la lèvre supérieure ne sont pas toujours appréciés à leur vraie valeur. Mais supposons le coryza admis : encore faut-il reconnaître qu'il n'est pas dû à la syphilis, mais entretenu par une tumeur adénoïde pharyngienne ; si le médecin pense à la possibilité de cette affection, il porte son doigt dans le pharynx nasal, fait un diagnostic précis par le toucher et institue la seule thérapeutique qui puisse guérir l'enfant.

Car en présence d'un coryza chronique qui ne cède pas aux onctions intra-nasales à la vaseline boriquée, et que l'on sait entretenu par des tumeurs adénoïdes, la seule conduite à tenir est d'extirper celles-ci. Pour cela on se sert d'une pince un peu spéciale, dont la portion coudée est très courte, proportionnée au peu de hauteur de la cavité pharyngienne du nourrisson. Une ou plusieurs séances peuvent être nécessaires pour nettoyer le cavum pharyngien ; il n'y a pas besoin d'employer l'anesthésie, l'opération est plus facile qu'elle ne l'est à un âge plus avancé ; mais il est préférable de ne donner qu'un coup de pince par séance. Quand l'extirpation des tumeurs a été complète, le coryza cesse, l'enfant retrouve à la fois la respiration nasale et la santé. M. L.

Statistique de 1,115 opérations de tumeurs adénoïdes, par Ménière. (*Acad. de médecine*, séance du 1er décembre 1891.)

Statistique des opérations faites en sept années. — L'auteur passe en revue les inconvénients bien connus de ces tumeurs, puis il fait connaître son procédé qui est le suivant : 1° faire des prises successives au moyen d'une pince coupante de son modèle ; 2° ne faire qu'exceptionnellement l'opération d'un coup ; 3° ne jamais faire d'anesthésie par le chloroforme, ni par un autre moyen ; 4° après l'opération, faire moucher le malade et employer des lavages antiseptiques avec l'eau boriquée.

L'auteur n'a jamais constaté d'accidents sérieux. A. G.

De la douche nasale, par P. Tissier. (*Annales de médecine*, 18 novembre 1891, n° 44, page 351.)

Pour beaucoup de médecins qui ne sont pas encore convaincus de l'utilité de la rhinologie, le traitement des affections nasales est d'une grande simplicité ; dans tous les cas, le lavage du nez, et de temps à autre un coup de pince si des polypes viennent à se montrer dans les narines. Or, l'irrigation nasale peut causer beaucoup de mal, qu'elle soit faite sans précaution ou qu'elle soit donnée en temps inopportun. Plusieurs fois je

Digitized by Google

l'ai vu conseiller au cours du coryza aigu : une grande chance si les malades n'en ont pas alors retiré le bénéfice d'une inflammation de la caisse. On ne doit pas plus dire à un malade : « Faites des lavages du nez, » qu'on ne dirait à un cardiaque : « Prenez de la digitale. » Il faut nettement en préciser l'indication et le manuel. Malheureusement ces principes élémentaires de thérapeutique, qui pour les spécialistes sont monnaie courante, gagneraient à être même connus du grand public médical. Ces hésitations n'existeront plus pour qui lira la courte revue pratique que M. Tissier consacre à ce sujet ; il serait difficile d'enseigner d'une façon plus claire tout ce qu'un praticien doit savoir de la douche nasale.

Quelles sont les indications de l'irrigation nasale ? Quel est le meilleur instrument à employer ? Quels sont les liquides que l'on utilisera ? Comment l'injection doit-elle être donnée ? Autant de questions dont l'auteur donne la solution précise. Aussi ne saurait-on trop recommander aux praticiens la lecture de cet article. M. L.

Gommes syphilitiques des amygdales, par M. Natier. (Tirage à part des *Annales de la policlinique de Paris,* chez O. Doin, Paris, 1891.)

Ce n'est pas chose rare que la syphilis tertiaire du pharynx et l'observation des faits de ce genre disséminés sur le voile du palais, les piliers, les amygdales et la face postérieure du pharynx est banale, on peut le dire. Mais il est rare que la diathèse se localise sur les amygdales seules et on comprend aisément que le Dr Natier ait eu quelque mal à trouver des faits analogues à ceux qu'il a observés. Il en a trouvé 15 et la littérature étrangère ne compte pas dans ce relevé, car les recherches de l'auteur ont été infructueuses de ce côté. Il est bien probable que cette rareté n'est pas aussi absolue qu'il l'affirme, car le diagnostic de ces faits est extrêmement difficile, et, pour ma part, j'en ai observé un chez une femme de 40 ans qui a été longtemps traitée pour une affection différente par divers spécialistes.

Le diagnostic est difficile, car, tant que l'affection n'est pas arrivée à la période ulcéreuse, elle n'a aucun caractère absolument pathognomonique, et il est pourtant nécessaire que le diagnostic se fasse auparavant, car l'ulcération gagnant la profondeur peut atteindre des organes vasculaires très importants.

Toutefois, il est un signe qui permet de soupçonner la nature

Digitized by Google

de l'affection, c'est l'envahissement lent du voile et de la luette du côté correspondant. L'absence d'adénopathie n'est point un caractère différentiel très net car elle peut exister, l'unilatéralité est un signe commun à un certain nombre d'affections différentes. L'absence d'irradiations douloureuses n'est pas non plus un moyen diagnostique, car les douleurs peuvent exister avec beaucoup d'intensité. L'absence de signes fébriles n'est pas aussi toujours caractéristique, les faits de Juhel Renoy sont très nets à ce point de vue. On voit donc qu'il est très difficile de reconnaître une infiltration syphilitique localisée à l'amygdale, sans compter que des faits classiques ont montré la confusion possible avec le cancer (Blandin, Velpeau). Enfin, à la période ulcéreuse, il peut y avoir analogie complète avec un abcès chronique, et la diphtérie même a pu être discutée dans quelques cas.

La période d'apparition de l'affection est très variable; habituellement elle est de quelques années. A. G.

Quatre observations de chancre syphilique de l'amygdale, par C. Szadek. (*Revue de laryng.*, 1er avril 1891.)

Travail basé sur quatre cas observés en cinq ans. La plus grande partie de ce mémoire est constituée par un historique de tous les cas observés, et ils sont très nombreux. Les malades de l'auteur étaient des hommes. La cause de la contagion n'a pu être élucidée, Szadek suppose que la salive contaminée a été la cause de ces accidents. La symptomatologie du chancre n'a rien présenté de particulier, l'ulcération, le gonflement et la tuméfaction ganglionnaire voisine existaient dans tous les cas. A. G.

Discision des amygdales, par le Dr Gampert. (*Gaz. des hôpit.*, 3 septembre 1891.)

Le Dr Gampert a fait une thèse inaugurale sur ce procédé opératoire qui lui semble, dans le traitement de l'amygdalite lacunaire, supérieur à l'ignipuncture et à l'ablation. Un crochet mousse et un crochet pointu sont les instruments opératoires. On commence l'opération par la partie inférieure et on engage le crochet mousse dans un orifice et on essaye de le faire sortir par un autre point, on déchire le tissu ainsi enfilé, ce qui serait facile, et la lacune laisse échapper son contenu. Cette opération, quelquefois moins aisée, peut être faite alors avec le crochet pointu, qui est plus délicat à manier. *Une à dix*

Digitized by Google

séances sont nécessaires; dès la première, dit l'auteur, le malade est soulagé sensiblement. A la suite de ces opérations, on prescrit tour à tour un gargarisme boriqué et iodé.

A la suite de ces opérations quelquefois très laborieuses, les amygdales présentent des aspects bizarres, elles semblent diviser en feuillets les lobules, mais on ne verrait plus de cavités.

A. G.

Des polypes de l'amygdale, par Lejars. (*Arch. gén. de médecine*, décembre 1891.)

Deux observations à l'appui de ce travail : la première chez un jeune homme de 22 ans; les signes étaient une gêne depuis plusieurs mois, au fond de la gorge, exaspérée par les mouvements de déglutition, enfin des quintes de toux. A l'examen on constate, au moment de la toux, la sortie d'une tumeur arrondie, grisâtre, appendue à l'amygdale par un long pédicule, et à la partie inférieure de la glande. Sa couleur était gris mat, il n'était pas transparent : le pédicule, très mince, était large de 2 centimètres, il fut coupé et le polype enlevé sans hémorragie.

La deuxième observation est celle d'une jeune femme de 24 ans, qui à la suite d'angines répétées eut sur l'amygdale gauche des petits polypes, attachés par un court pédicule, causant des maux de gorge fréquents; ces polypes du volume d'un pois étaient ovoïdes, rougeâtres. L'amygdale était hypertrophiée, il y avait de la rhinite et de l'angine chronique. L'opération fut très simple, et il n'y eut pas d'hémorragie.

L'intérêt de ce petit travail est dans l'examen anatomo-pathologique qui fait admettre à l'auteur deux variétés de tumeurs, les polypes *lympho-angiomateux et les polypes fibro-angiomateux*. C'est la formation de vaisseaux sanguins qui domine dans ces tumeurs, et le tissu adénoïde put s'y montrer de même que la dégérénescence myxomateuse. L'auteur fait une juste comparaison entre ce qui se passe de ce côté et dans les polypes rhino-pharyngiens, où les vaisseaux sont aussi très nombreux. Il fait aussi un parallèle avec les polypes nasaux, qui sont muqueux le plus souvent et qui quelquefois peuvent ainsi être le siège de néoformations vasculaires plus ou moins abondantes.

Ce sujet, peu important au point de vue clinique, plus fréquent que l'auteur ne le suppose, a pris, par l'étude histologique très bien faite qu'il en a présentée, un intérêt tout à fait réel. A. G.

(*La suite des analyses de la Presse française paraîtra dans le prochain numéro.*)

Digitized by Google

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

AMÉRIQUE

Larynx et Trachée.

Éclairage par transparence du larynx et de l'antre d'Highmore, par W. Freudenthal. (*N. Y. Acad. of Med.*, séance du 22 avril, in *N. Y. med. Journ.*, 28 juin 1890.)

I. Tumeur sous-glottique du larynx extraite par la méthode endo-laryngée. — II. Paralysie laryngée bilaterale complète des abducteurs, par Major. (*Montreal med. chir. Soc.*, séance du 16 mai, in *N. Y. med. Journ.*, 28 juin 1890.)

Menthol dans les affections des voies aériennes, par S.-S. Bishop. (*Illinois Stade med. Soc.*, 8 mai, in *N. York med. Journ.*, 28 juin 1890.)

Contribution à la pathologie des crises laryngées et autres dans le tabes dorsal, par Van Gieson. (*Journ. of nervous and mental Disease*, juillet 1890.)

Diagnostic et traitement local de la phtisie laryngée, par C. Trow. (*Ontario med. Ass.*, 11 juin, in *N. Y. med. Rec.*, 19 juillet 1890.)

Du rapport de la laryngologie avec l'otologie. Discours d'ouverture prononcé à la section de Laryngologie, par J.-O. Roe. (41e session de l'*Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 20 mai 1890.)

Laryngectomie partielle pour un cancer du larynx, par M. Thorner. (*Sect. of Laryng. de l'Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 20 mai 1890.)

Aphonie hystérique, par E. Fletcher Ingals. (*Sect. of. Laryng. Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 20 mai 1890.)

Chirurgie du nerf laryngé supérieur dans les affections spasmodiques du larynx, par J.-B. Creveling. (*Sect. of Laryng. Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 21 mai ; *Journ. of amer. med. Ass.*, octobre 1890.)

Action physiologique de l'épiglotte, par H.-F. Joins. (*Journ. of Ophth. Otol. and Laryngol.*, juillet 1890.)

Trois cas d'intubation du larynx, par J.-W. Moans. (*Journ. of Ophth. Otol. and Laryngol.*, juillet 1890.)

Thérapeutique et clinique des maladies du larynx et du nez, par J.-A. Terry. (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Laryngol.*, juillet 1890.)

Lupus du larynx, par W. Smith. (*R. Acad. of Ireland*, 21 mars, in *N. Y. med. journ.*, 9 août 1890.)

Blessure de la corde vocale gauche, par F. Semeleder. (*N. Y. med. Rec.*, 9 août 1890.)

Des relations existant entre les affections bulbo-nucléaires et certaines affections nerveuses obscures des voies aériennes supérieures, par J.-N. Mackenzie. (*N. Y. med. Journ.*, 16 août 1890.)

Emploi et abus de la galvano-caustique dans le traitement des maladies de la gorge, par H. Schweig. (*N. Y. med. Journ.*, 16 août 1890.)

Intubation du larynx dans le croup diphtéritique, par F.-W. Lester. (*N. Y. med. Rec.*, 30 août 1890.)

Un cas de myxome de l'épiglotte, par S.-O., Vanderpoel. (*N. Y. med. Journ.*, 6 septembre 1890.)

Deux cas d'affections malignes du pharyngo-larynx et du larynx, par J. Morrison Ray. (*N. Y. med. Rec.*, 6 septembre 1890.)

Digitized by Google

La laryngologie de Trousseau et Horace Green. Revue historique, par F. Donaldson. (*N. Y. med. Journ.*, 31 août 1890.)

Deux cas de sténoses du larynx. Trachéotomie rapide, divulsion, guérison, par E. Mayer. (*N. Y. med. Rec.*, 27 septembre 1890.)

Progrès en laryngologie et en otologie, par W.-F. Mercer. (*Med. Soc. of Virginia*, in *N. Y. med. Journ.*, 4 octobre 1890.)

Intubation du larynx dans les sténoses syphilitiques chroniques et aiguës, substituée à la trachéotomie et à la méthode de Schrœtter, par G.-M. Lefferts. (*N. Y. med. Rec.*, 4 octobre 1890.)

I. Communication supplémentaire sur les tumeurs cartilagineuses du larynx et les tumeurs verruqueuses du nez. — II. Paralysies unilatérales du muscle crico-aryténoïdien latéral (abducteur latéral de la corde vocale). Cas particuliers, par E. Fletcher Ingals. (*N. Y. med. Journ.*, 27 septembre 1890.)

Tubage sans l'emploi d'un bâillon ni de l'extracteur, par G. Bell. (*Journ. of the amer. med. Ass.*, 30 août 1890.)

Un cas de paralysie unilatérale des abducteurs du larynx résultant d'une affection bulbaire à symptômes inusités, et qui était causée en apparence par une affection suppurée de l'antre, par F.-H. Bosworth. (*N. Y. med. Journ.*, 11 octobre 1890.)

Papillome du larynx, par J.-A. Thompson. (*Cincinnati lancet Clinic*, 18 octobre 1890.)

Enrouement et perte de la voix causés par une mauvaise méthode vocale, par S.-W. Langmaid. (*N. Y. med. Journ.*, 1er novembre 1890.)

Laryngite tuberculeuse, par D.-G. Woodwine. (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Laryng.*, octobre 1890.)

Une cause de trouble fréquent de la voix chez les gens de théâtre, par L.-A. Bull. (*Journ. of Ophthalm. Otol. and Laryng.*, octobre 1890.)

Du diagnostic précoce des affections malignes du larynx, par D. Bryson Delavan. (*N. Y. med. Journ.*, 8 novembre 1890.)

Le traitement chirurgical de la laryngite tuberculeuse, par D. Bryson Delavan. (*N. Y. med. Rec.*, 15 novembre 1890.)

Traitement chirurgical de la toux dans les affections des voies aériennes supérieures, avec présentation d'instruments et de spécimens, par J.-W. Gleitsmann. (*Brooklyn med. Journ.*, septembre 1890.)

Manifestations rhumatismales et goutteuses dans les affections de la gorge, par Beverley Robinson. (*N. Y. med. Rec.*, 6 décembre 1890.)

La laryngologie de Trousseau et de Green, par J.-H. Douglas. (*N. Y. med. Journ.*, 6 décembre 1890.)

L'action de la glotte dans le chant, par T.-R. French. (*N. Y. med. Journ.*, 31 janvier 1891.)

Manifestations tuberculeuses dans les voies aériennes supérieures, par J.-O. Roe. (*N. Y. med. Rec.*, 7 février 1891.)

I. Extirpation totale du larynx. — II. Extirpation partielle du larynx, par Meyer. (*N. Y. surgical Soc.*, 26 novembre 1890, in *N. Y. med. Journ.*, 7 février 1891.)

Sur deux contributions au mode d'innervation du larynx, par W.-Y. Towl. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, janvier 1891.)

Laryngisme stridulenx, par W.-L. Carr. (*N. Y. med. Journ.*, 28 février 1891.)

Un cas de tumeur du larynx présentant une dégénération amyloïde, par F.-H. Hooper. (*N. Y. med. Rec.*, 7 mars 1891.)

300 cas d'intubation du larynx pour le croup diphtéritique, par Dillon Brown. (*Amer. Journ. of med. Sciences*, avril 1891.)

Un cas d'abcès froid de l'épiglotte, durant probablement depuis quatre ans, par F.-T. Chamberlain. (*N. Y. med. Rec.*, 11 avril 1891.)

Laryngites des chanteurs, par R.-B. Faulkner. (*N. Y. med. Journ.*, 11 avril 1891.)

Fracture du cartilage thyréoïde, rupture de la membrane crico-thyroï-

Digitized by Google

dienne; trachéotomie; guérison, par C.-K. Briddon. (*N. Y. surg. Soc.*, 25 février; in *N. Y. med. Journ.*, 11 avril 1891.)

Enlèvement d'un fragment de verre qui était resté pendant 21 mois dans le larynx, par C.-S. Ransom. (*N. Y. med. Rec.*, 25 avril 1891.)

Laryngite catarrhale grave; asphyxie, intubation. Guérison chez un enfant de dix semaines, par E.-G. Kerley. (*N. Y. med. Rec.*, 25 avril 1891.)

Eclairage par transparence du larynx et des cavités aériennes de la tête, par F.-H. Hooper. (*Boston med. and surg. Journ.*, 19 février 1891.)

Rétention d'un corps étranger dans le larynx pendant 38 ans, par M.-P. Ravenel. (*Med. News*, 21 mars 1891.)

Deux cas de gomme syphilitique de la bande ventriculaire droite, par J. Dunn. (*Gaillard's med. Journ.*, mars 1891.)

Intubation et trachéotomie, par J. Anderson. (*Occid. med. Times*, avril 1891.)

Traitement de la laryngite tuberculeuse, par C.-P. Ambler. (*Therap. Gazette*, 15 mai 1891.)

Comptes rendus de la 12e réunion annuelle de l'Association laryngologique américaine, tenue à Baltimore, les 29, 30 et 31 mai 1890. (Un vol. de 130 pages, D. Appleton and Ce, éditeurs, *New York*, 1891.)

La méthode du professeur Koch et les résultats de son application dans 35 cas de phtisie pulmonaire et laryngée, par K. von Ruck. (*Therap. Gazette*, 15 juin 1891.)

Deux observations de syphilis trachéale, par J. Wright. (*N. Y. med. Journ.*, 13 juin 1891.)

Corps étranger du larynx, par Lachlan Tylor. (*N. Y. med. Rec.*, 20 juin 1891.)

Rétrécissement du larynx, par J. Solis-Cohen. (Leçon faite au *Jefferson medical College de Philadelphie*, 1891.)

Dix-huit cas d'intubation du larynx, par W.-B. Johnson. (*Med. Soc. of the State of New Jersey*, 23 juin, in *N. Y. med. Rec.*, 4 juillet 1891.)

Trachéotomie dans les sténoses du larynx, par Prewitt. (*Saint-Louis med. Soc.*, 20 juin, in *Weekly med. Review*, 11 juillet 1891.)

Un cas de corps étranger de la trachée, par J. Guest. (*Amer. Pract. and News*, 6 juin 1891.)

Laryngite diphtéritique; intubation, par Ledbetter. (*Virginia med. Monthly*, juin 1891.)

Laryngite pseudo-membraneuse traitée par les fumigations mercurielles, par Luber. (*Amer. Pract. and News*, 20 juin 1891.)

Traitement local des manifestations syphilitiques de la gorge, par E. Harrison Griffin. (*N. Y. med. Rec.*, 22 août 1891.)

Un cas de corps étranger des voies aériennes, par J.-A. Wessinger. (*N. Y. med. Journ.*, 12 août 1891.)

Discours prononcé à l'ouverture du 13e congrès annuel de l' « American laryngological Association », par le président W.-C. Glasgow. (*Washington*, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Un cas de corps étranger de la trachée, par Glasgow (43e congrès de l'*Amer. Lar. Ass.*, *Washington*, 22 septembre, in *N. Y. med. Journ.*, 21 octobre 1891).

Thyrotomie chez un enfant de 18 mois, par Clinton Wagner. (13e congrès de l'*Amer. laryng. Ass.*, *Washington*, 22 septembre, in *N. Y. med. Journ.*, 7 novembre 1891.)

Troubles causés par l'hypertrophie de l'épiglotte et moyen de réduire le volume de ce cartilage par une opération, par C.-C. Rice. (13e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, *Washington*, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Symptômes et changements pathologiques dans les affections des voies aériennes supérieures au cours de l'influenza, par J. Solis Cohen. (*Amer. lar. Ass.*, 13e congrès, *Washington*, 24 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 3 octobre 1891.)

Digitized by Google

Déductions utiles tirées de l'étude d'un cas de rétrécissement cicatriciel du larynx présentant des caractères cliniques inusités, avec présentation du cas, par W.-C. Jarvis. (13e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, *Washington*, 24 septembre, *N. Y. med. Journ.*, 7 novembre 1891.)

Un cas d'épithélioma du larynx, par M.-J. Ash. (13e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, *Washington*, 24 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 3 octobre 1891.)

Néoplasmes laryngo-trachéaux de la tuberculose, par J.-N. Mackenzie. (13e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, *Washington*, 24 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 3 octobre 1891.)

Relations des troubles de la membrane muqueuse des voies aériennes supérieures avec les troubles constitutionnels, par Beverley Robinson. (13e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, *Washington*, 24 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 3 octobre 1891.)

Un cas d'extirpation totale du larynx, et guérison avec retour de la voix, observé dans la pratique de M. Greville Mac Donald, de Londres, par A.-G. Root. (*N. Y. med. Journ.*, 17 octobre 1891.)

Un cas heureux d'intubation, par H.-S. Mac Connell. (*N. Y. med. Rec.*, 31 octobre 1891.)

Digitized by Google

NOUVELLES

Nous lisons dans le *Progrès médical* que le Conseil de la Faculté de Lyon, dans sa réunion du 3 décembre, a autorisé notre savant ami le Dr Garel, *médecin des hôpitaux*, à ouvrir un cours libre sur les maladies du larynx à la Faculté de Médecine. (Clinique de l'hôpital de la Croix-Rousse.)

Un enseignement *officiel d'otologie* vient d'être fondé à l'Université royale de Naples, et c'est notre collaborateur et ami V. Cozzolino, dont le nom est bien connu de nos lecteurs, qui est chargé de faire ce cours.

Tous nos compliments au nouveau professeur.

L'*Association médicale britannique* se réunira à Nottingham du 26 au 29 juillet 1892. La section de *Laryngologie* sera présidée par R. Atkinson Hayes; *Vice-présidents :* Donald Stewart et T. Mark Hovell; *Secrétaires honoraires :* J. Macintyre, 179, Bath Street, Glasgow, et Donald Rose Paterson, 7, Newport Road, Cardiff.

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr P. Michelson, privat-docent pour la Laryngologie et la Dermatologie, décédé le 21 décembre, à Kœnigsberg, à l'âge de 45 ans. Nous avions pu, pendant le Congrès international de Berlin, apprécier l'amabilité et le savoir du Dr Michelson, dont les travaux analysés dans les *Annales* ont pu être appréciés par nos lecteurs.

Un spécialiste américain, le Dr Frank Donaldson, senior, vient de mourir à Baltimore, à l'âge de 69 ans.

Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris

Ordre du jour de la séance du 8 janvier :

Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée (angine de Tornwald) (Discussion du mémoire du Dr Ruault), par Lubet-Barbon.

Observation de pseudo-kyste de la caisse du tympan, par Ménière.

Digitized by Google

Un cas d'arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale aiguë, par Luc.

Heureux effets des injections de liqueur de van Swieten dans le tissu d'une tumeur d'aspect cancéreux, par Marage.

Un cas de corps étranger volumineux resté pendant trois jours dans le pharynx nasal, par Saint-Hilaire.

De la fréquence de l'empyème latent bilatéral de l'antre d'Highmore et de la nécessité du lavage explorateur méthodique dans le cas de blennorrhée nasale, par Lichtwitz.

Présentation d'un appareil servant à insuffler de l'air ou des vapeurs médicamenteuses dans la caisse du tympan à travers la trompe d'Eustache, par Gille.

Vin de Chassaing. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée); une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

Digitized by Google

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

The Boston City Hospital, par C. J. Blake. (Extrait du *Boston med. and surg. journ.*, 3 juillet 1890.)

Boston Hospitals, par C. J. Blake. (Broch. de 16 pages, Danuell et Upham, éditeurs, Boston, 1891.)

Influence of the use of the telephone upon the hearing power. (Influence de l'emploi du téléphone sur le pouvoir auditif, par C. J. Blake.) (Extrait des *Arch. of otology*, n° 3, 1888.)

Observations on the topography of the normal human tympanum. (Observations sur la topographie du tympan humain normal, par W. S. Bryant.) (Extrait des *Arch. of otology*, n° 4, 1890.)

Reduplications of mucous membrane in the normal tympanic cavity. Their clinical importance. (Replis de la membrane de la caisse du tympan normale; leur importance clinique, par C. J. Blake.) (Extrait des *Arch. of otology*, n° 4, 1890.)

Serre-nœud de Blake, modifié par G. Ficano. (Extrait de la *Gazz. degli ospitali*, n° 88, 1891.)

De quelques troubles provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge, par Lubet-Barbon. (Extrait de la *Revue mens. des mal. de l'enfance*, p. 499, 1891.)

Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhoehlen und des Nasenrachenraumes. Ein kurzgefasstes Lehrbuch füe Aerzte und Studirende. (Les maladies du nez, des cavités voisines et de la cavité naso-pharyngienne. Manuel résumé pour les médecins et les étudiants, par C. F. T. Rosenthal. (Un vol. de 297 pages avec 41 figures dans le texte, A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1892.)

Un cas d'adénome du larynx, par E. Schmiegelow. (Extrait de la *Rev. de lar. otol. et rhinol.*, n° 22, 1891.)

Beitrag zur Aetiologie der katarrhalischen Ohrenentzündungen Bakteriologische Beobachtungen. (Contribution à l'étiologie des otites catarrhales. Observations bactériologiques), par A. Maggiora et G. Gradenigo. (Tirage à part du *Centralblatt f. bakteriol. und parasitenkunde*, n° 19, 1891.)

Consideraciones sobre la sifilis terciaria de las fosas nasales, par R. Botey. (Tirage à part des *Arch. int. de lar. otol.*, etc., novembre-décembre 1891.)

Digitized by Google

Sténose de la trachée et du larynx par compression, par F. SCHIFFERS. (Extrait de la *Revue de lar. otol. et rhin.*, n° 19, 1891.)

Hématothérapie. — Résultats expérimentaux et cliniques obtenus par les injections de sang des caprins dans le traitement de la tuberculose et par les injections de sang des bovidés dans le traitement de la morve expérimentale, par G. BERTIN et J. PICQ. (Un vol. de 116 pages; imprimerie du Commerce, Nantes, 1891.)

Exposé des publications et des titres du professeur V. COZZOLINO. (Broch. de 19 pages; tipog. Gargiulo, Naples, 1891.)

Traitement radical des polypes du nez (myxome). Mémoire supplémentaire, par W.-E. CASSELBERRY. (*N. Y. med. journ.*, 14 novembre 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 53.1.92.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

LE TREMBLEMENT DES CORDES VOCALES ET LES TROUBLES DE LA PHONATION DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES,

Par M. J. COLLET, interne des hôpitaux de Lyon.

Les troubles de la parole dans la sclérose en plaques ont depuis longtemps préoccupé les cliniciens et figurent au nombre des signes les plus caractéristiques de cette affection. On les a rapportés en grande partie aux oscillations de la tête, au tremblement des lèvres et de la langue, en somme aux organes qui servent à l'articulation des mots, plutôt qu'à l'organe phonateur lui-même.

« La parole, dit Vulpian dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1886), est modifiée : elle est scandée, chaque syllabe étant lancée brusquement et séparée de la précédente par un court intervalle. Il y a souvent une pause entre les mots successivement articulés, et il peut y avoir une oscillation de la tête à chaque émission vocale. D'ailleurs, c'est surtout lorsque la tête participe aux phénomènes de tremblement que l'on observe ces modifications de la parole. J'ajoute que la voix est fréquemment affaiblie et que toute modulation de la parole peut avoir disparu. » Vulpian décrit ensuite le tremblement de la langue et ajoute que les mouvements des lèvres semblent paresseux, difficiles.

M. Hallopeau, dans sa thèse sur les paralysies bulbaires (*agrégation*, 1883), signale aussi l'affaiblissement de la phonation.

Digitized by Google

Les diverses altérations de la parole dans la sclérose en plaques ont été généralement imputées à la parésie de l'hypoglosse, et cette hypothèse a reçu sa confirmation anatomique depuis que Joffroy a trouvé à l'autopsie des lésions au niveau du noyau d'origine de la XIIe paire (1). Par contre, le départ entre les phénomènes purement laryngés et ceux qui ressortissent à un trouble de l'articulation des mots est loin d'être complètement effectué. Les troubles de la phonation dans la sclérose en plaques ont été étudiés sur quelques malades seulement. Plus rares encore sont les cas où l'examen laryngoscopique a été pratiqué : c'est une observation de ce dernier genre que nous allons relater ici. Nous avons eu, en effet, la bonne fortune de trouver dans le service de notre maître, M. Garel, un malade qu'il observe depuis cinq ans et dont il a bien voulu nous charger de publier l'histoire. Cette observation, précédée de l'exposé de quelques recherches bibliographiques que le cas nous a suggérées, fera l'objet de la présente note.

Les seuls documents que nous ayons pu recueillir sont d'origine allemande. Nous avons trouvé les renseignements les plus complets dans deux ouvrages où sont étudiées les affections du larynx dans leurs rapports avec les maladies générales : celui de Lœri (1888) et celui de Gottstein (1888) (2). Nous aurons à leur faire de larges emprunts.

Erb (*Traité des maladies du système nerveux*, 2e partie) insiste sur la faiblesse et la monotonie de la voix. Le rire et les pleurs sont interrompus par des inspirations bruyantes, caractéristiques. Dans un cas il a trouvé, à côté de la monotonie et alternant avec elle, un phénomène tout contraire, une croissance rythmique, régulière, de la hauteur du son, en intervalles musicaux parfaitement déterminés (par exemple une tierce). Nous aurons à revenir sur ce curieux phénomène et les explications dont il a été l'objet.

Schule (3) a trouvé dans un cas le ton de la voix uniforme,

(1) *Société de biologie*, 1869.

(2) Gottstein. *Die in Zusammenhange mit den organischen Erkrankingen des Centralnervensystems, stehenden kehlkopfaffectionen*, 1888.

(3) Schule. *Deutsches Archiv für Klinische medicin.*, 1870 et 1871.

Digitized by Google

donnant légèrement dans le fausset; dans un autre cas, la parole était difficile, monotone.

Nous devons à Leube (1) trois observations de sclérose en plaques avec troubles de la phonation; l'une d'entre elles est la première où l'examen laryngoscopique ait été pratiqué. Nous abrégerons considérablement ces observations pour ne citer que ce qui a trait à l'état du larynx.

Obs. I. Christophe Stadelman, boucher, 37 ans. Les mots sont plutôt poussés, expulsés, que prononcés. Chaque syllabe est séparée de la suivante par une courte pause. La voix est toujours à la même hauteur et semble incapable de toute modulation. Pour les motifs les plus insignifiants, le malade est pris de rire ou de pleurs, suivis d'une *inspiration éclatante, toute particulière*. L'autopsie montra une sclérose en plaques disséminées.

Obs. II. La voix était analogue à celle du malade précédent. Même monotonie, même brusquerie dans l'émission des mots.

Obs. III. La parole est de hauteur moyenne, presque monotone (elle ne comprend pas plus de 3 tons). Les mots sont *expulsés* lentement, syllabe par syllabe, avec un court intervalle toutes les deux syllabes. Chez ce malade, la langue ne tremblait pas; le patient la tirait parfaitement et la plaçait dans toutes les positions qu'on lui commandait.

A l'examen laryngoscopique on constate que les cordes vocales peuvent parfaitement se juxtaposer; mais la glotte ne reste pas longtemps fermée : elle présente des alternatives de tension et de relâchement.

Le malade donnait facilement les tons bas, parce qu'ils exigent une moindre tension. Si on le faisait passer du *piano* au *forté*, la tonalité s'élevait régulièrement.

Enfin, on observait quelquefois un brusque changement de la tonalité.

Nous nous contentons d'énumérer ces divers phénomènes, nous réservant de tenter plus loin leur interprétation. Nous appellerons seulement l'attention sur les troubles fonctionnels des muscles du larynx concordant avec la parole scandée alors qu'il y avait intégrité parfaite des mouvements de la langue.

Lœri relate dans son livre quatre observations de sclé-

(1) Leube. *Idem.*

Digitized by Google

rose en plaques avec examen laryngoscopique. En raison de leur intérêt on nous permettra de nous y étendre davantage.

Chez ses deux premiers malades (hommes de 28 à 34 ans) Lœri a constaté une « légère parésie des deux cordes vocales, de telle sorte qu'il restait entre elles pendant la phonation une fente ne mesurant pas plus d'un millimètre à son endroit le plus large, ou même moins encore ». Les cordes vocales furent-elles plus tard paralysées? Lœri l'ignore; mais l'état est resté stationnaire aussi longtemps qu'il a pu observer ces malades. De plus, ces deux malades présentaient un symptôme commun, le ralentissement de l'action des muscles du larynx, c'est-à-dire qu'entre le moment où les cordes vocales prenaient la position connue depuis Czermak pour l'émission du son, et le moment où ce son était émis, il s'écoulait un temps plus long que chez un individu sain.

« Priais-je le malade, dit Lœri, de tenir une note aussi longtemps que je le faisais moi-même, il la tenait pendant cinq à six secondes ; plus tard, quand il fut un peu éduqué, jusqu'à dix à douze secondes, après quoi il faisait un mouvement d'inspiration. Il ne pouvait pas tenir la note plus longtemps. Lorsque je le priais de tenir la note plus longtemps encore en employant toute son énergie, il la tenait de quatorze à vingt secondes, après quoi il faisait une brusque et bruyante inspiration qui montrait à son début des mouvements oscillants des cordes vocales, ou (pour employer la nomenclature admise pour les autres nerfs du corps) un *tremblement intentionnel* des cordes vocales. »

Lorsqu'on priait le malade d'émettre une note, on voyait se produire, au moment de la fermeture de la glotte, de légers mouvements oscillants des cordes vocales, analogues à ceux qu'elles présentaient au moment de l'ouverture. Ces oscillations ressemblaient à de très petites secousses fibrillaires. La fermeture, relativement complète, des cordes vocales, et le son un peu rauque qui lui succédait, arrivaient toujours plus tard que chez un individu sain.

Si on faisait rire le malade, les alternatives d'ouverture et de fermeture de la glotte ne se succédaient pas aussi rapide

Digitized by Google

ment que chez un individu normal, et le malade ne pouvait pas continuer longtemps cet exercice. Qu'il s'efforçât de rire ou bien qu'il rît sans effort, sous la seule influence d'une cause provoquant le rire, l'inspiration éclatante, signalée déjà, manquait rarement.

Cette inspiration bruyante se produisait souvent quand on ordonnait au malade d'inspirer rapidement et profondément. Le priait-on, au contraire, d'inspirer et d'expirer lentement, on assistait alors au mécanisme respiratoire du larynx normal (écartement inspiratoire, rapprochement expiratoire des cordes), avec moins d'ampleur toutefois que chez un homme sain.

Ordonnait-on au malade de chanter une gamme, ou seulement d'émettre deux ou trois sons de plus en plus hauts ou de plus en plus bas, il le faisait beaucoup moins rapidement qu'un individu normal, et tout son registre consistait en une paire de sons rauques ou guère plus.

Il nous paraît inutile d'insister sur l'importance de cette observation de Lœri, qui confirme les faits signalés par les auteurs précédents et montre chez deux malades des symptômes à peu près identiques. L'observation personnelle que nous donnons plus loin est conforme à celle-ci et n'en diffère que par quelques points de détail. Quoique Leube ait vu chez son troisième malade des alternatives de tension et de relâchement, c'est à Lœri, croyons-nous, que revient le mérite d'avoir le premier nettement décrit le tremblement des cordes vocales et de l'avoir assimilé au *tremblement intentionnel* des membres.

Chez une autre malade de Lœri les choses se sont passées d'une manière toute différente. Il s'agit d'une femme âgée de 30 ans au début de la maladie. Un an après le premier symptôme (difficulté d'écrire de la main droite), survint une légère raucité de la voix. Au laryngoscope, légère parésie de la corde vocale gauche, qui, progressant rapidement dans le courant de l'année, aboutit à une paralysie complète des constricteurs et dilatateurs de ce côté, avec voix de crécelle fortement accusée, mais jamais voix monotone. Dans le cours de l'année suivante, paralysie de la moitié gauche du

Digitized by Google

pharynx, en même temps qu'un fort tremblement intentionnel dans divers muscles volontaires et du nystagmus faisaient leur apparition. Trois ans après, à la suite d'une attaque apoplectiforme, anesthésie subite de la moitié gauche du larynx et du pharynx. La mort arriva après paralysie du membre inférieur droit avec contracture, paralysie de la vessie et des sphincters, eschares, etc.

En somme, dans cette observation il s'agit de troubles sensitifs et moteurs du larynx, ces derniers se traduisant par une véritable hémiplégie laryngienne. Nous voyons ici que le tremblement des cordes, d'une part, et d'autre part, le tremblement intentionnel des membres et le nystagmus ne sont pas dans un rapport forcé, puisque la corde gauche était simplement paralysée, et ne présentait pas de tremblement comme dans les deux cas précités de Lœri.

Le quatrième malade de Lœri (âgé de 46 ans quand la maladie a débuté, et qu'il a pu suivre pendant plus de six ans) a présenté plusieurs attaques apoplectiformes. Après ces attaques on observait des paralysies diverses, pharyngées et laryngées entre autres, du nystagmus, etc. Ainsi il y a eu successivement hémiplégie gauche du larynx, guérison relative, puis paralysie et anesthésie bilatérales du pharynx et du larynx après une nouvelle attaque. Au laryngoscope les cordes vocales se rapprochaient très peu dans les essais de phonation ; le malade pouvait émettre les voyelles a et é, mais il y avait anarthrie absolue et aphonie. Au moment où Lœri a publié son livre, l'état du malade était stationnaire. Il reste un doute à la lecture de cette observation, aussi ne la rapportons-nous pas en détail : par exemple, le tremblement intentionnel des membres ne s'est jamais montré, et il est fort probable qu'il ne s'agit pas d'une sclérose en plaques.

Il nous reste maintenant, après ce résumé de nos recherches bibliographiques, à exposer l'histoire du malade de M. Garel, que nous avons pu examiner plusieurs fois dans son service :

Grumel (Claude), cultivateur, âgé de 50 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse le 8 décembre 1886.

Digitized by Google

Son père est mort à 50 ans, sa mère à 80 ans, de maladies indéterminées. Un frère bien portant. Un frère mort à 22 ans d'accident; un autre frère mort pendant son service militaire.

Ni scrofule ni syphilis. Pas d'alcoolisme.

Il y a 10 ans, auraient apparu des douleurs dans le cou; ce torticolis n'aurait disparu que depuis deux ans.

L'affection actuelle a débuté il y a 18 mois; les premiers troubles se seraient manifestés dans le membre supérieur droit, qui aurait été le siège de douleurs très vives. La paraplégie n'est bien marquée que depuis 15 jours.

Actuellement le malade chancelle, quand il se tient debout, s'il n'élargit pas considérablement sa base de sustentation.

L'occlusion des yeux n'augmente pas manifestement la difficulté de se tenir debout. Il se produit parfois, au dire du malade, des contractures dans les muscles des membres inférieurs, surtout dans les mollets; mais à l'examen, ceux-ci, comme tous les autres muscles, ont la flaccidité normale.

Les réflexes rotuliens sont manifestement exagérés, surtout à droite. Réflexes plantaire et crémastérien à peu près normaux. On ne peut produire l'épilepsie spinale.

Un peu de tremblement des membres supérieurs quand le malade étend les bras en avant, les doigts écartés, et quand il porte un objet à sa bouche. Les objets sont portés à peu près directement au but avec quelques légères oscillations.

Nystagmus ne se produisant pas quand l'œil est au repos, mais devenant manifeste à l'occasion des mouvements du globe oculaire.

Troubles de la parole très marqués, n'existant que depuis quinze jours. La parole est lente et embarrassée, mais le malade prononce bien les syllabes qu'il veut prononcer, sans en oublier et sans en transposer.

Aucun trouble de la sensibilité.

L'appétit et la digestion sont normaux; un peu de constipation. Pas de troubles de la miction.

Rien aux poumons. Rien au cœur. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

26 *février* 1886. Œdème des pieds et des malléoles :

Iodure de potassium ..... 2 grammes.
Pointes de feu.

Le premier examen laryngoscopique n'a été fait qu'en 1888, époque à laquelle M. Garel prit la direction du service.

Digitized by Google

13 *juillet* 1888. A l'examen laryngoscopique, pendant les phénomènes respiratoires, on constate un très large écartement des cordes vocales, qui disparaissent sous les bandes ventriculaires, sans que celles-ci soient cependant hypertrophiées. Dans les tentatives de phonation, qui n'aboutissent, d'ailleurs, qu'à un résultat presque nul, on voit nettement se fermer la glotte interaryténoïdienne, alors que la glotte ligamenteuse reste largement ouverte sous la forme elliptique. Le malade ne peut articuler que des syllabes rauques et très rarement sonores. Les cordes vocales ne sont pas altérées dans leur coloration.

23 *octobre* 1888. Depuis deux ou trois jours le malade peut émettre des sons beaucoup plus distincts, mais on voit que l'air passe dans le larynx à plein jet. Il y a épuisement très rapide, coulage de l'air.

15 *juin* 1889. Le malade a de la cystite avec urines purulentes et ammoniacales. Lavages de la vessie avec naphtol. Amélioration très rapide.

16 *décembre*. Le malade a eu ce matin une selle involontaire.

Janvier 1890. Influenza pendant quelques jours.

Au début de l'année 1891, M. Garel, en examinant de nouveau le malade au laryngoscope, constate des oscillations des cordes vocales analogues au tremblement.

A plusieurs reprises, pendant le courant de l'année, on s'assure de la persistance de ces mouvements.

Etat du malade en *décembre* 1891.

Le malade reste constamment assis sur une chaise roulante. L'écoulement de l'urine est constant. Pas d'incontinence des matières fécales. Pouls à 75. Nystagmus très accusé.

Le tremblement est beaucoup plus accentué qu'autrefois; les mains tremblent presque constamment. Ce tremblement s'exagère considérablement lorsqu'on dit au malade de porter la main à sa bouche.

Pas de contractures, mais les jambes se raidissent par moments. Trépidation épileptoïde très nette, surtout à droite.

Troubles de la parole toujours très accusés; le malade ne peut dire que quelques mots à peine intelligibles.

Au laryngoscope, on constate des oscillations à peu près continues des cordes. Elles se produisent aussi bien pendant l'ouverture que pendant la fermeture de la glotte. Pendant l'inspiration, les cordes se cachent derrière les bandes ventriculaires;

Digitized by Google

on les voit alternativement apparaître, puis disparaître par le fait même du tremblement.

Ordonne-t-on au malade d'émettre un son, on voit les cordes se rapprocher l'une de l'autre en décrivant des oscillations, au lieu de se rapprocher franchement et d'un seul coup. Ces oscillations sont irrégulières, à tel point qu'on ne peut en déterminer le rythme : elles ne paraissent pas en moyenne être plus de 60 par minute. Les oscillations des deux cordes ne se correspondent pas; à certains moments elles sont plus nombreuses d'un côté que de l'autre. Les cordes une fois juxtaposées pour la phonation, laissent entre elles un espace elliptique permettant un léger degré de coulage; d'ailleurs, elles ne restent pas longtemps juxtaposées et s'écartent de nouveau en décrivant leurs oscillations. Quand on dit au malade de tenir le son un peu plus longtemps, il répond qu'il ne peut pas.

La dilatation de la glotte pendant l'inspiration est beaucoup plus grande qu'à l'état normal, et le regard plonge profondément dans la trachée.

La muqueuse du larynx est de coloration absolument normale.

Lorsqu'on essaye de faire rire le malade, on ne peut obtenir l'inspiration éclatante signalée par Leube, Lœri, etc., ce qui s'explique, d'ailleurs, par l'énorme dilatation de la glotte.

La langue présente un tremblement très évident, mais le malade peut la tirer parfaitement au dehors.

En résumé, il s'agit d'un malade atteint de sclérose en plaques et ayant présenté une paralysie des cordes, des thyréo-aryténoïdiens internes surtout. Cette paralysie a considérablement rétrocédé par la suite et a fait place à un tremblement des cordes vocales, fait remarquable et bien d'accord avec ce qu'on sait sur les rémissions des paralysies dans la sclérose en plaques.

L'histoire de ce malade se rapproche beaucoup des deux premiers cas de Lœri, mais il nous a semblé qu'il y avait quelques légères différences. Ainsi Lœri décrit les secousses comme se produisant seulement au début de l'élargissement inspiratoire et du rétrécissement expiratoire de la glotte. Dans le cas que nous rapportons il s'agit plutôt d'un tremblement continu des cordes vocales : il est probable qu'il y a là plus qu'un *tremblement intentionnel*. Mais il est difficile de trancher la question.

Digitized by Google

Lœri compare les oscillations des cordes vocales à « de très petites secousses fibrillaires ». Dans notre cas nous n'avons rien vu de pareil ; les oscillations de la corde étaient suffisantes pour mériter le nom de tremblement et plus fortes que des secousses fibrillaires.

Lœri dit aussi que chez ses deux malades la glotte s'ouvrait moins bien que chez l'homme sain ; ici c'est l'inverse, et nous avons déjà insisté sur l'ouverture considérable de la glotte à tel point que les cordes vocales disparaissaient sous les bandes ventriculaires.

Mais ce sont là des questions de détail, et cette observation nouvelle est confirmative de celles de Lœri, loin d'en atténuer la portée.

Telles sont les quelques observations que nous avons pu rassembler d'altérations de la *voix* dans la sclérose en plaques. Si nous jetons maintenant sur elles un coup d'œil rétrospectif, nous voyons que cette affection compte parmi ses symptômes une série de troubles fonctionnels des muscles du larynx :

Voix monotone et scandée ;

Brusque changement de ton ;

Élévation croissante de la tonalité ;

Impossibilité de maintenir longtemps une même note ;

Inspiration éclatante interrompant le rire ou les pleurs ;

Paralysies des cordes vocales ou de quelques muscles du larynx, se traduisant par le coulage, la voix rauque, la voix de crécelle, etc. ;

Enfin, tremblement des cordes.

Ces divers phénomènes peuvent se combiner ou exister isolément, ou se succéder comme c'est le cas pour le malade dont nous relatons l'observation.

Après les avoir énumérés, il nous resterait à en donner l'explication, tâche singulièrement difficile, eu égard au petit nombre de faits connus ; aussi nous bornerons-nous à mentionner les idées des auteurs à ce sujet.

De prime abord, on peut attribuer la plupart des symptômes à la parésie des cordes vocales. Revenons au cas de Leube, le premier auquel on ait appliqué l'examen laryngoscopique :

Digitized by Google

la glotte pouvait parfaitement se fermer, mais les cordes étaient mal tendues; elles montraient des alternatives de tension et de relâchement. La faiblesse des cordes vocales est donc très nette dans ce cas, et elle peut expliquer la monotonie de la voix, la parole scandée, signalées dans une foule d'observations. Le malade, pour ne pas fatiguer ses cordes, choisit un ton toujours le même, il évite instinctivement les nuances, d'où monotonie. La fatigue de l'appareil tenseur l'oblige à s'arrêter fréquemment, d'où ces pauses après chaque mot, après chaque syllabe quelquefois, la parole scandée, enfin. Ajoutons à ces causes le coulage de l'air pendant la phonation, lorsque l'occlusion glottique est imparfaite (cas de Lœri, par exemple), obligeant ainsi le malade à reprendre haleine, et nous aurons plusieurs facteurs de la parole scandée, aussi importants que le tremblement de la langue ou les oscillations de la tête, signalés depuis longtemps.

On n'a pas souscrit universellement à cette explication de Leube, surtout en ce qui concerne la parole scandée : pour Wernicke, elle est due à l'irrégularité du courant d'air expiré qui arrive à la glotte non sous pression continue, mais par saccades ; en d'autres termes, il incrimine le porte-vent plutôt que l'organe producteur du son.

Erb fait aussi remarquer que les personnes qui ont de la parésie des cordes vocales dans toute autre affection que la sclérose en plaques, ne scandent pas; et tout en se rangeant d'une manière générale aux explications de Leube, il tend à restituer un rôle important aux lésions siégeant sur le trajet des fibres nerveuses qui président à l'*articulation* des mots.

L'impossibilité de maintenir longtemps une même note (Lœri, etc.) s'explique facilement par le *coulage* de l'air et la faiblesse de l'appareil tenseur des cordes.

Reste le curieux phénomène connu depuis Erb, l'élévation croissante de la tonalité, pouvant aboutir à la voix de fausset signalée par Schule. Le fait s'observait, dans le cas de Leube, quand on disait au malade de renforcer sa voix sur une même note, et voici comment il l'explique. Indépendamment de toute intervention des muscles vocaux, un renforcement

Digitized by Google

du courant d'air expiré élève la tonalité de la voix. Par conséquent, pour rester sur la même note avec un courant d'air plus fort, l'homme sain doit compenser les variations de l'intensité du souffle par des variations correspondantes dans la tension des muscles du larynx. Si, par suite de la faiblesse ou de l'inaptitude de ces muscles, cette action compensatrice ne peut s'exercer, la tonalité s'élève.

La faiblesse des muscles du larynx explique aussi le changement soudain de la voix, qui, de monotone qu'elle était, passe brusquement à une tonalité différente. Pour Gottstein cependant, le brusque changement de la voix, passant dans le fausset, doit être rapporté à une tension involontaire des cordes vocales.

L'inspiration bruyante, éclatante, après le rire et les pleurs, est due, d'après Leube, à la parésie des muscles crico-aryténoïdiens pastérieurs. Le courant d'air inspiratoire qui se précipite avec violence et brusquerie après les secousses expiratoires qui constituent le rire ou les pleurs, rencontre les cordes vocales, qui ne sont pas encore écartées, et les met en vibration. Gottstein, au contraire, ne fait pas intervenir la paralysie des dilatateurs.

Il considère cette inspiration éclatante comme un phénomène spasmodique. L'explication de Leube lui parait peu soutenable, « parce qu'avant tout, pour produire une inspiration aussi bruyante, il faut une tension considérablement augmentée des cordes vocales; et chez les malades atteints de sclérose en plaques, cette tension ne peut s'obtenir que par un spasme réflexe ». Le fait n'a rien d'étonnant dans une affection comme la sclérose en plaques, où l'exagération des réflexes et les phénomènes spasmodiques sont si caractéristiques.

Ces symptômes laryngés cadrent donc parfaitement avec les autres grands symptômes de la maladie, et sont, d'après Gottstein, susceptibles d'une interprétation identique.

Après ces quelques signes, parétiques pour les uns, spasmodiques pour les autres, nous devons passer en revue ceux dus à des paralysies laryngées non douteuses, comme l'a montré l'examen laryngoscopique.

Digitized by Google

D'après Krause, les paralysies sont rares dans la sclérose en plaques, et il explique la raucité de la voix par la laxité des cordes vocales. Cependant les observations de Lœri sont formelles, et le malade de M. Garel a été aussi un exemple très net de paralysie bilatérale.

Les hémiplégies laryngées (3e observation de Lœri) expliquent la voix de crécelle. L'aphonie s'explique aisément par une paralysie bilatérale. Hermann Krause (1) (de Berlin) a trouvé les cordes près de la ligne médiane avec suffocation; il est vrai qu'en pareil cas, du moins si l'on se conforme aux idées de Masséi sur la position médiane des cordes vocales, il ne s'agit probablement pas de paralysie des dilatateurs, mais plutôt de contracture des adducteurs.

Quant aux mouvements oscillatoires, au tremblement des cordes vocales présenté par les deux malades de Lœri et par celui de M. Garel, ils constituent un phénomène encore mieux en rapport avec la symptomatologie connue de la sclérose en plaques. Les premiers observateurs ont signalé le tremblement intentionnel des membres à l'occasion des mouvements volontaires, et l'analogie paraît complète. Dans les deux cas de Lōri comme dans celui dont nous rapportons l'observation, il y avait un tremblement, à l'occasion des mouvements d'ouverture ou de fermeture de la glotte. Il n'était même pas nécessaire, pour le rendre évident, de commander au malade d'émettre un son ; les simples alternatives d'écartement inspiratoire et de rapprochement expiratoire des cordes vocales s'accompagnaient de ces oscillations caractéristiques. Nous avons donc là un curieux exemple de tremblement siégeant sur des muscles, qui agissent tantôt volontairement, tantôt par voie réflexe, pour l'accomplissement d'une fonction organique.

Ce tremblement des cordes vocales n'a pas été décrit uniquement dans la sclérose en plaques. Hermann Krause (*loco citato*) a vu dans la chorée un tremblement des cordes avec tension diminuée et parésie des adducteurs, alors que, chose singulière, elles ne présentaient pas de grands mou-

(1) Travail analysé dans le *Journal of laryngology* de juillet 1888.

Digitized by Google

vements analogues aux mouvements choréiques, comme on aurait pu le supposer *à priori*.

Sur 8 cas de paralysie saturnine, Krause en a trouvé un avec tremblement des cordes et parésie des adducteurs.

Enfin, nous ne pouvons passer sous silence l'observation de Herbert R. Spencer (1), qui a trouvé, lui aussi, des mouvements oscillatoires des cordes dans un cas tout particulier, décrit par lui sous le nom de nystagmus pharyngo-laryngien. Chez une jeune fille de 12 ans, ayant depuis quinze mois les symptômes d'une tumeur cérébelleuse (tendance à la chute en arrière ou sur le côté, vertige, intense céphalée occipitale, constipation, vomissement, nystagmus oculaire), le constricteur supérieur du pharynx était agité de mouvements rythmiques, de direction horizontale, isochrones à ceux de l'œil, c'est-à-dire au nombre de 180 environ par minute. Les piliers et le voile étaient agités de mouvements analogues (peut-être n'étaient-ce que des mouvements transmis) et si évidents que Spencer a pu les enregistrer avec un sphygmographe. Enfin sa malade présentait des mouvements des aryténoïdes, s'écartant et s'éloignant alternativement l'un de l'autre. Dans l'inspiration calme, l'élargissement était interrompu par ces contractions. Quand la glotte se fermait, les cordes parallèles et fixées l'une contre l'autre restaient très légèrement agitées jusqu'à ce que la patiente se remît à respirer. Ces mouvements, comme ceux des yeux, se produisaient environ 180 fois par minute. Spencer donne au phénomène, en raison même de cet isochronisme, le nom de nystagmus laryngé. On a pu observer la patiente pendant deux mois ; les mouvements ont toujours persisté. Chose remarquable, le pouls battait à 100 par minute, et, comme on l'a fait remarquer (2), cette coïncidence peut s'expliquer par une lésion du noyau du spinal, qui innerve en partie les muscles pharyngo-laryngiens et va, d'autre part, au cœur.

Ces quelques observations sont, à notre connaissance, les seules où on ait trouvé le tremblement des cordes vocales :

(1) H. R. Spencer. *Lancet* du 9 octobre 1886, p. 702. Voir aussi : Pharyngeal and laryngeal nystagmus in *Lancet*, 16 octobre 1886, p. 736.
(2) *The Lancet* du 16 octobre 1886.

Digitized by Google

d'après d'aussi pauvres renseignements, vouloir expliquer le mécanisme de sa production paraîtrait au moins hasardé, d'autant mieux que dans des maladies aussi dissemblables : chorée, intoxication saturnine, tumeur cérébelleuse, sclérose en plaques, il n'est probablement pas susceptible d'une même interprétation. C'est, d'ailleurs, seulement de la sclérose en plaques que nous devons nous occuper ici. Tous les troubles de la phonation décrits plus haut semblent dénoter une faiblesse considérable des muscles du larynx, à moins toutefois qu'on ne donne avec Gottstein la prépondérance aux phénomènes spasmodiques. Dès lors, les mouvements oscillatoires des cordes vocales pourraient être considérés comme les alternatives de tension et de relâchement d'un muscle fatigué. Mais on peut aller plus loin et en faire, avec Lœri, une variété de tremblement intentionnel analogue à celui qui se manifeste à l'occasion des mouvements volontaires des membres, et invoquer, pour éclaircir sa pathogénie, l'explication générale que donne M. Charcot du tremblement de la sclérose en plaques, à savoir, « la longue persistance des cylindres axiles, dépouillés de leur enveloppe de myéline, au sein des foyers sclérosés; la transmission des impulsions volontaires s'opérerait encore par la voie de ces cylindres dénudés ; mais elle aurait lieu d'une façon irrégulière, saccadée, et ainsi se produiraient les oscillations qui troublent l'exécution des mouvements intentionnels (1) ».

La lenteur avec laquelle ont progressé les symptômes parétiques dans les observations de tremblement des cordes citées ici, s'accorde bien aussi avec la persistance des cylindres axiles, et supplée, dans une certaine mesure, à l'absence de constatations anatomiques. Remarquons en dernier lieu, comme tout à fait en rapport avec la fugacité des symptômes de la sclérose en plaques, la variabilité et l'indépendance réciproque des phénomènes énumérés plus haut. Ainsi on voit, dans la troisième observation de Lœri, la paralysie de la moitié droite du larynx succéder à une simple parésie des cordes; la moitié gauche du larynx se prend ensuite, mais jamais de tremblement des cordes, alors que cependant le

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 267.

Digitized by Google

malade présentait du nystagmus oculaire et du tremblement de plusieurs muscles. Chez le malade de M. Garel, il y avait aussi nystagmus oculaire avec paralysie des cordes, *sans tremblement des cordes;* plus tard, cette paralysie a fait place à un simple tremblement, et, dans l'espèce, c'est encore un exemple des rémissions bien connues que présente la sclérose en plaques. En somme, il ne s'agit pas d'une progression continue et régulière, débutant par la simple parésie pour aboutir à la paralysie complète en passant par le tremblement : cette succession des symptômes n'est point nécessaire, l'observation que nous publions le prouve suffisamment.

En résumé, indépendamment des troubles de la parole décrits depuis Bourneville et Guérard, la sclérose en plaques présente, dans quelques cas, une série de manifestations laryngées : troubles de la sensibilité, phénomènes spasmodiques, parésie des muscles, paralysies même, manifestations assez banales, puisqu'on les retrouve fréquemment dans d'autres affections du système nerveux central. Seul le tremblement des cordes, bien qu'il ait été rencontré (Krause-Spencer) en dehors de la sclérose en plaques, pourrait être considéré comme un symptôme à peu près spécial à cette affection, eu égard à son analogie avec le tremblement intentionnel des membres. Mais, si séduisante que soit cette hypothèse, formulée par Lœri, elle appelle encore, pour être confirmée, de nouveaux examens laryngoscopiques.

(1) Au moment où ce mémoire était sous presse, le malade a succombé. Nous ferons connaître ultérieurement le résultat de l'examen microscopique de la moelle et du bulbe, qui présentaient d'ailleurs, à l'œil nu, des traces évidentes de sclérose.

Digitized by Google

II

DE LA FRÉQUENCE DE L'EMPYÈME LATENT BILATÉRAL DE L'ANTRE D'HIGHMORE ET DE LA NÉCESSITÉ DU LAVAGE EXPLORATEUR MÉTHODIQUE DE CETTE CAVITÉ DANS LES CAS DE BLENNORRHÉE NASALE,

Par le Dr L. LICHTWITZ (de Bordeaux) (1).

La sémiologie de l'empyème bilatéral de l'antre d'Highmore mérite une place à part dans la description de cette affection.

En effet, l'unilatéralité des symptômes constituait jusqu'à présent le signe le plus précieux dans la symptomatologie de l'abcès du sinus maxillaire. La première question qu'on adressait au malade chez qui l'on soupçonnait un empyème, consistait à lui demander s'il mouchait plus d'un côté que de l'autre, et on ne pensait plus à l'existence de cette affection quand l'hypersécrétion était bilatérale.

Aussi, presque tous les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, disent que l'empyème double de l'antre est rare et, en examinant les nombreuses observations publiées, on en trouve en effet peu de cas.

Krieg, sur 24 cas, a vu l'affection bilatérale une fois; Walb, sur 25 cas, l'a constatée deux fois; Schmidt, sur 16 cas, une fois; Bronner, sur 4 cas, une fois; Bayer, sur ses 25 cas, ne semble l'avoir observée qu'une fois; Bloch, sur 26 malades de la clinique de Michelson, n'a vu aucun cas d'empyème double, mais il ajoute qu'après avoir presque terminé sa thèse, Michelson a eu à traiter 2 cas. Ruault, à la dernière séance de la Société française d'otologie et de laryngologie, à propos de l'examen de l'antre par transparence, dit avoir observé 50 cas d'empyème, dont 3 cas doubles. D'autres auteurs, tels que Hartmann, B. Fraenkel, Luc, Krause, Friedlœnder, Schech, Schmiegelow et Sieben

(1) Communication faite à la Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris. Séance du 8 janvier 1892.

Digitized by Google

mann, pour n'en citer que quelques-uns, ne semblent pas avoir traité de cas d'empyème double du sinus maxillaire, au moins n'en font-ils pas mention dans leurs travaux.

Il n'y a que Ziem et Kaufmann et nous-même, sur le vivant, et Gradenigo, sur le cadavre, qui ont rapporté des exemples plus nombreux de cette affection.

Ainsi dans la première publication de Ziem sur ce sujet, parue en 1886 (1), on trouve sur les 25 observations rapportées de blennorrhée nasale, 8 cas d'empyème bilatéral de l'antre. Dans le travail de Kaufmann (2), sur les 36 observations d'empyème qu'il communique, nous avons pu recueillir 13 cas d'empyème bilatéral.

Gradenigo (3) qui a examiné les sinus de 103 cadavres, a trouvé 19 cas d'empyème du sinus maxillaire, dont 6 étaient des cas doubles.

Nous même dans notre travail sur le diagnostic de l'empyème latent de l'antre d'Highmore par le lavage explorateur (4), nous avions constaté, sur 14 malades, 4 cas d'empyème double dont nous avions rapporté le cas le plus saillant (5), et, depuis lors, nous avons pu observer 8 autres cas. Ces 12 cas doubles nous les avons recueillis sur 40 observations d'abcès du sinus maxillaire, ce qui donne à peu près la proportion de 1 cas double sur 3 cas d'empyème.

Si nous nous demandons pourquoi la plupart des auteurs n'ont constaté l'empyème double que peu ou pas du tout et d'autres en nombre relativement fréquent, nous en trouvons l'explication dans l'obscurité des symptômes de cette affection et dans le manque d'examen méthodique du sinus maxillaire dans chaque cas de blennorrhée nasale.

Dans notre travail que nous venons de citer, nous avions énuméré et discuté un à un les symptômes subjectifs et objectifs qu'on rencontre dans l'empyème de l'antre et nous

(1) Ziem : (*Monatsschrift f. Ohrenheilk*, nos 2, 3, 4, 1886).
(2) Kaufmann : (*Monatsschrift f. Ohrenheilk*, nos 1-8, 1890).
(3) Gradenigo : Contribution à l'anatomie pathologique des cavités nasales (*Annales des Mal. de l'Oreille*, n° 8, août 1891, p. 536-547).
(4) Lichtwitz : (*Bulletin médical*, n° 86, 26 octobre 1890).
(5) Les autres trois cas se trouvent dans la monographie de Jeanty : De l'empyème latent de l'antre d'Highmore. Etude accompagnée de vingt-deux observations recueillies à la clinique du Dr Lichtwitz (Bordeaux, 1891).

Digitized by Google

n'avions trouvé qu'un seul symptôme constant, l'hypersécrétion nasale muco-purulente, qui peut être unilatérale ou bilatérale, fétide ou non fétide, se déverser par les narines ou par les arrière-fosses nasales, être visibles ou non dans le méat moyen. Or, la blennorrhée nasale s'observe aussi dans les affections des autres sinus, dans l'ethmoïdite, dans les kystes suppurés du cornet moyen, dans la carie syphilitique, sans parler des autres lésions qui prêtent moins à une confusion avec l'affection du sinus maxillaire. Il y a bien un autre symptôme assez caractéristique qu'on observe dans bon nombre de cas, nous voulons parler de la cacosmie qui, lorsqu'elle existe, éveille notre attention; mais elle ne se rencontre pas toujours, puisqu'il y a des empyèmes sans fétidité de la sécrétion et d'un autre côté, ce symptôme peut être constaté sans qu'on trouve de pus dans l'antre, par exemple dans les cas de carie syphilitique et dans certains cas d'ozène essentiel, lorsque l'odorat est conservé.

Heryng a bien cru avoir trouvé dans le défaut de transparence à la lumière électrique, du maxillaire affecté, un signe précieux pour le diagnostic de la présence du pus dans l'antre; mais Wiebe (1), le premier, puis nous (*loc. cit.*), Srebreny (2) et d'autres auteurs, ont prouvé que ce procédé n'a pas la valeur diagnostique qu'on lui attribuait.

Aussi, pour ne parler que de l'empyème bilatéral de l'antre qui nous occupe ici, il est clair que si les suppositions de Heryng étaient exactes, les deux côtés de la face devraient ici montrer une obscurité égale. Or dans la première observation que nous rapportons, le côté gauche, le plus affecté, se montrait transparent même avant l'évacuation du pus, tandis que le côté droit restait obscur même après qu'on avait vidé l'antre.

Dans notre deuxième observation, les deux côtés de la face se montraient très transparents, même plus que d'habitude, probablement à cause de l'amincissement de toutes les parois de l'antre.

(1) Wiebe : (*Corresp. Bl. des sächs. ärztl. Kreis-u. Bezirksvereins*, XLVII, n° 11, 1889.)
(2) Srebreny : (*Berl. Klin. Woch.*, 17 novembre 1890.)

Digitized by Google

Il n'existe donc aucun symptôme pathognomonique pour l'abcès chronique de l'antre.

S'il en était autrement, il serait difficile d'expliquer comment une maladie si fréquente, que pour notre compte nous constatons chez 3 0/0 de nos malades, a pu échapper autrefois à l'observation des médecins avant que sa fréquence ait été démontrée par les travaux de Ziem. Ainsi Schmidt, Heryng et d'autres auteurs avouent qu'autrefois ils ont souvent méconnu des cas d'empyème de l'antre et Jurasz (1), un spécialiste distingué, dit à la page 103 de ses recueils cliniques des maladies des voies aériennes supérieures, parus en 1891, qu'il n'a recueilli que 5 cas d'empyème de l'antre, et cela sur un nombre d'à peu près 4,000 malades qu'il a vus depuis 1882 jusqu'à la fin de 1889. Il a pourtant observé 23 cas d'empyème du sinus frontal que Zuckerkandl (2), n'a jamais vu affecté isolément dans ses autopsies.

Dernièrement encore un autre confrère distingué, A. Onodi (*Monatsschrift f. Ohrenheilk*, n° 3, mars 1891, p. 69, et *Revue de laryngol*, n° 24, 15 décembre 1891, p. 753), décrit, sous le titre de parosmie, quelques cas dans lesquels la soi-disant perversion de l'odorat était probablement due à un empyème de l'antre. On n'a qu'à lire la seule observation détaillée qu'il donne pour en être presque convaincu. L'auteur, cependant, ne semble pas avoir songé à la possibilité de l'existence de cette affection.

Or, une affection qui a passé inaperçue jusque dans ces derniers temps, qui actuellement est encore souvent méconnue faute de signes pathognomoniques, pour le diagnostic de laquelle on a employé une foule de moyens et qui même diagnostiquée laisse des doutes tant qu'on n'a pas vu sortir de pus, une telle affection, dis-je, réclame un moyen précis de diagnostic.

Ce moyen consiste à faire un lavage explorateur de l'antre dans chaque cas de blennorrhée nasale tant soit peu suspect.

(1) Jurasz : (*Heidelberg*, 1891. 1er vol. p. 101-106).
(2) Zuckerkandl : *Normale u. pathol. Anatomie der Nasenhöhle u. ihrer pneumatischen Anhänge* (Vienne, 1882, p. 168).

Digitized by Google

Il est vrai que dans les cas d'empyème unilatéral où c'est surtout l'unilatéralité des symptômes qui éveille fortement le soupçon, le lavage explorateur ne sert souvent qu'à donner la dernière confirmation du diagnostic afin d'éviter une large ouverture inutile de l'antre et aussi pour démontrer au malade la nécessité d'une intervention.

Dans l'empyème des deux antres, au contraire, où la bilatéralité des symptômes fera plutôt penser à une affection générale de la muqueuse nasale ou rétro-nasale qu'à un foyer localisé de suppuration, la recherche directe du pus est le seul moyen de diagnostic (1).

En effet, Ziem, Kaufmann et nous-même, devons nos cas d'empyème double à une exploration méthodique de cette cavité que chacun de nous fait par une voie différente. Ziem, qui le premier a préconisé le lavage explorateur méthodique, grâce auquel il a pu démontrer la fréquence de l'empyème de l'antre dépourvu des symptômes classiques, le pratique à travers un orifice artificiel du rebord alvéolaire (2). Kaufmann fait le lavage en introduisant une canule dans l'orifice naturel ou accessoire selon la méthode que Hartmann emploie pour le traitement de l'abcès de l'antre.

Quant à nous, nous faisons le lavage explorateur après la ponction de la paroi nasale de l'antre au niveau du méat inférieur à l'aide d'un mince trocart droit (voir la fig.) (3), selon le procédé que nous avons décrit dans notre premier travail sur ce sujet (4).

(1) Si certains auteurs, tels que Walb (*Bonn*, 1888, p. 9), et Lennox-Browne dans la discussion qui suivit la communication de Dundas Grant, sur notre procédé de lavage (*Journ. of. Laryngol.*, p. 487, 1891) disent qu'ils ont toujours trouvé du pus dans l'antre quand ils en avaient soupçonné l'existence, il ne s'en suit pas qu'ils n'aient laissé échapper d'autres cas dans lesquels il y avait du pus sans qu'ils l'aient soupçonné. Ils n'ont probablement opéré que des malades chez lesquels le diagnostic, d'après les connaissances actuelles, était à peu près sûr.

(2) Ziem : (*Therap. Monastsh.* p. 148-152 et p. 222-226, 1888.)

(3) On peut trouver ce trocart chez R. Mathieu, 113, boulevard Saint-Germain, Paris, qui l'a construit selon nos indications.

(4) Gapin, dans sa thèse sur les abcès des sinus maxillaires (Paris, 17 juillet 1891), élaborée à la clinique du Dr Baratoux, dit que ce dernier, sur 49 cas d'empyème, compte 6 cas d'empyème double, et il en rapporte deux exemples (Obs. X et XIII). Dans ces deux cas comme dans les cas

Digitized by Google

Ce procédé n'est en somme que l'opération en miniature que font au même niveau Mikulicz avec son perforateur lanciforme, Krause avec son gros trocart et Tornwaldt avec son trépan, pour ouvrir largement le sinus afin de traiter l'empyème par cette voie.

Nous avons, dans le travail cité plus haut, déjà indiqué les raisons pour lesquelles nous préférons la ponction exploratrice au niveau du méat inférieur à celle faite sur le rebord alvéolaire et au lavage pratiqué par l'orifice naturel ou accessoire ou plutôt par un orifice artificiel qu'on crée au niveau de l'infundibulum.

Dundas Grant (1) qui dernièrement, devant la *British la-*

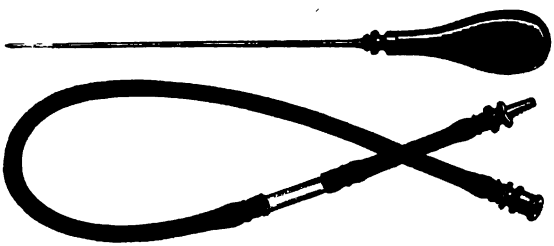


FIG. 1

ryngological and rhinological Association, a parlé de notre méthode d'exploration, dit : « Presque toujours le diagnostic de l'empyème est un peu incertain jusqu'à ce qu'une ponction exploratrice ait été faite; c'est un point que m'accorderont, je pense, tous les observateurs de bonne foi », et après avoir décrit les détails du procédé, il ajoute que par cette manœuvre bien simple nous pouvons donner au ma-

d'empyème unilatéral observés à la clinique du Dr Baratoux, le diagnostic a été fait grâce à la ponction suivie de lavage explorateur pratiquée au niveau du méat inférieur, méthode que l'auteur attribue à tort à Schmidt. En effet, cet auteur n'a conseillé que de faire des aspirations au même endroit à l'aide d'une seringue de Pravaz, armée d'une aiguille courbe (*Berl. klin. Woch.*, n° 7, 1899). Dans notre travail, *loc. cit.*, nous avons indiqué les raisons pour lesquelles les aspirations donnent des résultats peu précis.

(1) DUNDAS GRANT : On Lichtwitz's Method of exploratory Puncture and Irrigation of the Antrum through the inferior eatus (*British laryngol. and rhinol. Association*, 27 novembre 1891; in *Journ. of Laryngol.*, n° 12, décembre 1891).

Digitized by Google

lade avant de le renvoyer de notre cabinet de consultation, une preuve convaincante, bien faite pour l'encourager à subir l'opération classique de Cooper. L'auteur se rappelle un certain nombre de cas observés par lui où l'adoption de ce lavage explorateur eût été extrêmement utile.

Aujourd'hui, en nous basant sur une expérience plus étendue, car nous avons déjà fait 111 ponctions, nous pouvons recommander encore plus chaudement ce mode d'investigation qui nous a rendu de grands services, surtout dans la recherche de l'empyème double.

Voici le résultat de nos ponctions : 43 fois le lavage a donné un résultat positif; 68 fois le liquide antiseptique injecté est sorti clair. Les 43 ponctions positives concernent 31 malades, dont 12 atteints d'empyème double (1).

Parmi les cas qui ont servi de base à la statistique de notre premier travail, il nous est arrivé quatre fois de ne pas pouvoir percer la paroi nasale de l'antre.

Depuis lors, cet inconvénient ne s'est plus présenté qu'une seule fois chez une malade qui devait avoir un antre rudimentaire, car la ponction sur le bord alvéolaire avait été également impossible, bien que nous eussions enfoncé la petite mèche de notre drille à une profondeur de deux centimètres environ.

Chez deux autres malades, une femme de 27 ans, et un homme de 60 ans, nous avons dû nous abstenir de terminer la ponction. La femme a été prise d'une crise convulsive, probablement par l'attouchement d'une zone spasmogène, et l'homme s'est trouvé mal.

Autrefois nous faisions précéder la ponction de lavages forcés poussés dans les fosses nasales pour faire sortir le pus qui pouvait s'y trouver. Mais depuis que nous avons pu nous convaincre que ces injections pouvaient aussi faire sortir le pus de l'antre et troubler ainsi le résultat du lavage explorateur, nous ne faisons à l'aide d'une sonde armée de

(1) Chez 9 autres malades le diagnostic a pu être fait par un lavage à travers une fistule alvéolaire (4 fois), ou après l'extraction d'une dent cariée dont une racine communiquait avec l'antre (4 fois), ou par une ponction capillaire pratiquée dans l'alvéole d'une dent (1 fois).

Digitized by Google

coton qu'un nettoyage portant sur le trajet que doit suivre l'eau en sortant de l'orifice naturel.

La ponction est peu douloureuse dans la grande majorité des cas. Souvent nous la pratiquons sans anesthésie locale. Nous n'avons pas observé d'hémorragie notable. Les malades que nous avons revus après la ponction disaient tous n'avoir ressenti aucune sorte de douleur ou de malaise. *A priori*, l'innocuité de la ponction était à prévoir, car la muqueuse de l'antre est, par son orifice naturel, continuellement en communication avec les fosses nasales, et par conséquent avec tous les microbes qui y résident, et, à moins de négliger les lois les plus élémentaires de l'asepsie, il serait difficile d'admettre qu'une ponction presque capillaire puisse avoir des suites fâcheuses quelconques. Chose curieuse : plusieurs malades chez lesquels nous avions ponctionné et lavé le sinus maxillaire sans y trouver de pus, accusaient une amélioration sensible et durable dans l'hypersécrétion et l'enchiffrènement pour lesquels nous avions cru devoir explorer cette cavité.

Chez une autre malade à laquelle nous avions autrefois extrait de nombreux polypes et qui revint nous voir de crainte d'en avoir de nouveaux, parce que depuis quinze jours elle ressentait un chatouillement dans le nez, éternuait sans cesse et voyait s'écouler continuellement du liquide clair par la narine gauche surtout, la ponction de l'antre gauche fit cesser immédiatement le chatouillement, l'écoulement et les éternuements.

Bride (1) cite également deux cas dans lesquels la ponction exploratrice bien qu'elle eût donné un résultat négatif, avait été suivie d'une disparition de symptômes éprouvés par les malades.

De nos 12 cas d'empyème double, nous rapportons seulement 2 observations dans lesquelles M. Sabrazès, interne des hôpitaux, a fait l'examen bactériologique du pus dans le laboratoire de M. le professeur Pitres. Les préparations ont été contrôlées par M. le professeur agrégé, W. Dubreuilh.

(1) Bride : (*Deutsche med. Woch.*, n° 6, 5 février 1891.)

Digitized by Google

Obs. I. — Mme P..., âgée de 50 ans, se plaint de moucher abondamment, surtout du côté gauche, depuis environ sept ans. Elle éprouve depuis la même époque un enchiffrènement, et par moment comme une odeur de « fraichin » dans le nez. En penchant la tête en avant, à droite ou à gauche, le nez commence à couler, et, la nuit, elle est obligée de mettre une serviette sur son oreiller pour ne pas le tacher. Elle aurait souffert beaucoup des dents. Il y a trois ans 1/2, la malade, atteinte de varices, a eu une phlébite de la jambe droite. L'odorat a presque disparu.

La malade a été en traitement pendant près de quatre ans chez un confrère qui lui a enlevé quelques petits polypes du côté droit et fait de nombreuses cautérisations au galvanocautère du côté gauche; mais ni ces opérations, ni la douche de Weber que la malade employait plusieurs fois par jour, n'avaient pu modifier son état.

Lasse de ce traitement, elle demande les conseils d'un autre confrère, et finalement vient nous consulter.

Au premier examen nasal, nous constatons une déviation de la cloison à gauche et une adhérence entre elle et le cornet inférieur gauche provenant probablement des cautérisations réitérées que la malade a subies.

Quant à l'état des dents, la deuxième prémolaire et la première grosse molaire supérieures droites manquent ; à gauche il manque seulement la deuxième prémolaire. Les autres dents sont saines.

L'éclairage par transparence montre le côté gauche de la face éclairé, tandis que le côté droit est obscur.

Après un lavage nasal antiseptique, je pratique la ponction suivie de lavage explorateur, et je fais sortir des deux côtés mais principalement à gauche, une grande quantité de pus fétide, floconneux.

L'examen bactériologique du pus de l'antre gauche recueilli dans un flacon aseptique, est fait par le procédé des lamelles coloriées au moyen de la méthode de Kühne.

L'étude des lamelles a été faite avec l'objectif à immersion de Zeiss et avec les oculaires 8 et 12.

M. Sabrazès a trouvé des chaînettes de streptocoques pyogènes en très grand nombre et presque à l'exclusion de tout autre microbe.

Le pus de l'antre droit contenait des chaînettes de strepto-

Digitized by Google

coques moins nombreuses; microbes divers tels que bâtonnets très grêles et amas de microcoques.

Au commencement d'octobre 1891, ouverture des antres d'après la méthode de Cooper. Lavages avec l'eau boriquée tous les jours.

Le 18 décembre, il ne sort plus des deux côtés que quelques petits flocons de mucopus.

La malade, dès le début du traitement, n'a plus mouché, a senti le nez libre, n'a plus éprouvé de mauvaise odeur, et les forces sont revenues.

Obs. II. — Mme Ch..., 56 ans. Fièvre typhoïde à l'âge de 19 ans. Depuis cette époque, lourdeurs et maux de tête. Il y a au moins huit ans qu'elle mouche abondamment surtout par la narine gauche. Souvent elle sent une mauvaise odeur dans le nez, surtout le matin quand elle a besoin de se moucher. En se levant elle salit facilement deux mouchoirs.

Les dents, autrefois très bonnes, se seraient gâtées à peu près au moment où elle a commencé à moucher.

Fluxion de poitrine en été en 1889. Il y a quelques mois, crise hépatique avec ictère passager.

La malade aurait suivi pendant des années un traitement nasal au moyen de la douche de Weber.

A l'examen nasal on ne trouve aucune lésion. La muqueuse des cornets est pâle et plutôt atrophiée qu'hypertrophiée. Pas d'amas de mucosités au niveau du méat moyen.

Les deux côtés de la face se montrent très transparents à l'éclairage électrique.

Les trois grosses molaires supérieures droites manquent, de même la deuxième prémolaire supérieure gauche; la première grosse molaire supérieure gauche tient à peine.

Je pratique la ponction suivie de lavage au niveau du méat inférieur et je fais sortir des deux côtés du pus fétide se délayant dans l'eau. La paroi nasale était des deux côtés si mince que le trocart la perça sans le moindre effort.

L'examen bactériologique du pus recueilli avec des précautions aseptiques comme dans le cas précédent, est fait par M. Sabrazès au moyen de la méthode de Gramm-Weigert, combinée à la méthode de Gibbes, ce qui donne une double coloration très nette. L'examen a donné le résultat suivant : « Le pus présente en assez grande abondance des diplocoques lancéolés, quelques-uns munis d'une capsule et qui offrent les caractères objectifs du

Digitized by Google

pneumocoque de Talamon et Fraenkel. Çà et là ils sont disposés en amas; ils forment rarement des chaînettes. Il est facile de constater que ces dernières sont constituées par des diplocoques. On trouve encore dans les préparations des microcoques isolés et nettement lancéolés. Les deux côtés examinés présentent des caractères identiques. »

12 *décembre* 1891. — Ouverture de l'antre droit, et trois jours après de l'antre gauche, d'après la méthode de Cooper. L'opération fut des plus faciles, car la couche osseuse à percer était très mince. Injection d'eau boriquée et application de crayons au tanin 7 0/0, qu'on introduit tous les deux jours dans les antres.

A la fin de décembre, les antres sécrètent à peine. La malade ne mouche plus.

La connaissance de l'empyème bilatéral jettera peut-être une nouvelle lumière sur l'étiologie de cette affection. Au moins pour l'empyème double on sera plus porté à admettre une origine nasale qu'une origine dentaire, car bien que la même cause dentaire puisse coexister des deux côtés, cette coïncidence fréquente s'expliquera plus aisément par le même processus morbide de la muqueuse nasale qui s'est propagé des deux côtés dans le sinus maxillaire.

Luc (1) a essayé, il y a quelques mois, d'élucider la question étiologique par la fétidité et par l'examen bactériologique du pus, et il est arrivé à la conclusion que dans l'empyème de l'antre d'origine dentaire on trouve du pus fétide qui contient des espèces microbiennes variées, tandis que, dans les cas d'empyème d'autre origine, il existe du pus non fétide contenant le streptocoque, à l'exclusion de tout autre microbe.

Nous ne croyons pas que la fétidité du pus puisse constituer un critérium pour trancher la question étiologique de l'empyème de l'antre. La fétidité nous semble dépendre aussi du séjour plus ou moins long du pus dans l'antre.

Chez le même malade et dans le même antre, nous avons pu observer, à différentes époques, tantôt de la sécrétion

(1) Luc : Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore dû au streptocoque de l'érysipèle (*Arch. intern. de laryngol. rhinol. et d'otol.*, mars-avril 1891, p. 73-80).

Digitized by Google

muco-purulente non fétide, et tantôt des grumeaux de pus fétide, selon que la sortie du pus s'effectuait plus ou moins facilement par l'orifice naturel. Il suffisait souvent d'enlever quelques petits polypes au niveau de l'hiatus semi-lunaire pour que le pus perdît sa fétidité.

Les résultats de l'examen bactériologique obtenus par M. Sabrazès ne semblent pas confirmer la manière de voir de Luc. En effet, le pus de l'antre gauche de notre premier cas, ainsi que le pus d'un cas d'empyème unilatéral, examiné également par M. Sabrazès, bien qu'il fût fétide, contenait des cultures presque pures de streptocoques, et le pus fétide qui provenait des deux antres de notre seconde malade, renfermait des cultures de pneumocoques. Il faudrait, à notre avis, des recherches plus nombreuses pour pouvoir se prononcer (1).

Quoi qu'il en soit du rôle étiologique que jouent les bactéries, elles ont une importance au point de vue des complications. Ainsi la présence du streptocoque que Luc, le premier, a signalée dans l'antre, et celle du pneumocoque qui existait chez notre deuxième malade, feront comprendre les complications fréquentes de l'empyème de l'antre, à savoir les cas d'érysipèle de la face, d'abcès de la paupière, la peri tonsillite que Ziem a rapportés et les complications pulmonaires dont nous avons communiqué un exemple (*loc. cit.*). Nous croyons que dans l'observation de Luc l'érysipèle de la face était aussi la conséquence et non la cause de l'empyème à streptococques.

Le pronostic des empyèmes doubles nous semble plus grave que celui des empyèmes simples. En effet, deux seulement de nos douze malades ont guéri. Sept, bien que très améliorés, sont encore en traitement, dont un depuis seize et un autre depuis vingt mois. Une malade ne s'est pas encore décidée à se faire opérer, une autre a été perdue de vue, et un troisième est mort d'une affection cardiaque.

(1) M. Sabrazès se propose de résoudre la question de la nature bactériologique des empyèmes de l'antre par la méthode des cultures et des inoculations à l'animal. Il y a lieu de rechercher aussi les microbes du sinus maxillaire sain.

Digitized by Google

Quant au traitement, nous ne faisons plus que l'ouverture par la méthode de Cooper qui permet aux malades de se soigner eux-mêmes. Depuis deux mois, nous employons avec succès des crayons médicamenteux (à l'iodoforme, au tanin, etc.). Leur usage est plus commode que celui des insufflations de poudre ou des injections de liquides antiseptiques ou astringents concentrés, car ils peuvent être introduits par les malades eux-mêmes, ce qui n'est pas à dédaigner dans une affection souvent très rebelle.

Grâce au lavage explorateur, par n'importe quelle méthode le diagnostic de l'empyème peut être fait d'une manière certaine dans chaque cas tant soit peu suspect. Quand on aura trouvé des méthodes inoffensives et sûres pour explorer et traiter les autres cavités accessoires des fosses nasales, aussi facilement que le sinus maxillaire, le galvanocautère et la douche de Weber, ces panacées dans les mains de praticiens routiniers, ne joueront plus un rôle aussi grand dans la thérapeutique des affections nasales.

La blennorrhée nasale ne figurera plus alors dans les traités de rhinologie comme une entité morbide, mais elle servira seulement à désigner un symptôme commun à différentes affections nasales et surtout à l'empyème des diverses cavités accessoires du nez. (*Voir page 156, une addition à ce mémoire.*)

III

NOTE SUR UN CAS DE TUBERCULOSE PRIMITIVE DU LARYNX

Par M. TRÉKAKI, Interne prov. des Hôpitaux.

Le cas que nous nous proposons de publier mérite, pensons-nous, une mention spéciale, car il présente de l'intérêt à plus d'un titre.

On verra en effet par la lecture de cette observation que les diagnostics tant clinique qu'anatomique furent embar-

Digitized by Google

rassants; et c'est pour cette raison surtout que nous avons cru bon de la relater.

L'histoire clinique de notre malade se résume en quelques mots :

Observation. — Agé de 35 ans, employé de commerce, Aug. Ernest, entre une première fois dans le service de M. le Dr Mauriac, à l'Hôpital du Midi, pour une syphilis datant de trois ans : son chancre infectant datait en effet, en 1885, de 1882. Dans les premières années qui ont suivi le chancre, rien de particulier comme manifestation syphilitique, si ce n'est une roséole apparue à terme normal; de plus, Aug. E. ajoute qu'il n'a pris que quelques pilules de mercure et quelques grammes d'iodure de potassium. En 1885 donc il rentre à l'Hôpital du Midi, et notre maître, M. Mauriac, diagnostique alors des syphilides ulcéreuses de la langue de période secondaire. Pendant son séjour au Midi (dix jours), le malade a pris régulièrement ses pilules d'hydrargyre et son iodure de potassium. Au bout de ce temps, il sort amélioré mais non guéri de ses plaques muqueuses de la langue.

Il reprend son travail, et de temps à autre il continue la médication iodurée mais très irrégulièrement.

Vers la même époque apparaît une gêne de la respiration qui allait en augmentant, mais il n'y eut jamais d'accès de dyspnée. Malgré cela il vaquait à ses occupations et, nous dit-il, il n'y avait à proprement parler gêne de la respiration que la nuit, et cela par intermittence. Ce n'est que dans ces derniers temps seulement que Aug. Ernest a souffert de dyspnée plus ou moins considérable et c'est pour cette raison qu'il se décide à entrer dans le service de M. le Dr Mauriac. C'est un homme d'apparence robuste et présentant le facies d'un individu sain. Les antécédents héréditaires sont peu riches en documents. Son père est mort de vieillesse; sa mère était asthmatique; il n'y avait pas eu d'affection tuberculeuse dans la famille du moins à ce que nous avons cru comprendre d'après ce que le malade nous a dit.

Lui-même, dès son jeune âge souffrait d'un léger asthme qui ne l'incommodait pas beaucoup.

Il présente, lors de son entrée (20 février 1891) une dyspnée considérable, mais continue et sans crises ni diurnes ni nocturnes. La voix est stridente et à demi-voilée et la respiration s'entend de loin. L'examen simple de la gorge est impossible ou

Digitized by Google

à peu près, de sorte que nous ne pouvons pratiquer celui du larynx au moyen du laryngoscope. Il y a du tirage sus et sous-sternal; le malade ne peut respirer qu'à demi-assis sur son lit. Nous sommes, par ce fait, prêt à intervenir à la première alerte. L'auscultation pulmonaire paraît normale : l'air pénètre facilement et on ne constate aucun bruit anormal. Le cœur ne présente rien de particulier; et à part une légère perte d'appétit, toutes les autres fonctions se font normalement.

Quant à l'état général du malade il a été assez satisfaisant malgré une élévation de la température du corps qui a oscillé entre 38° et 38°5.

La langue de notre malade est lobulée, dure au toucher, rouge et les mouvements sont conservés. Elle présente absolument le type de ces langues sclérosées du tertiarisme syphilitique décrites et figurées dans le remarquable ouvrage de M. le professeur Fournier (1).

L'iodure de potassium qu'on prescrit au malade fut porté à la dose de 6 grammes par jour; on institue également le traitement hydrargyrique. Aucune amélioration ne survient au bout de quinze jours de séjour à l'hôpital. La dyspnée au contraire paraît augmenter d'intensité. A plusieurs reprises on ausculte le malade et on ne trouve rien du côté des poumons. Au bout de trois semaines de séjour, sans cause aucune, le malade une heure après son dîner se lève sur son séant, ayant soif d'air, et après quelques convulsions il meurt. La mort, d'après les renseignements que nous avons recueillis a été rapide et non subite.

A l'autopsie faite trente heures après, nous constatons ceci : Le facies est fortement cyanosé; les lèvres bleuâtres et des mucosités dans la bouche; les yeux encore injectés; tout ceci dénotant une mort par asphyxie.

Les poumons sont criblés de granulations du volume d'une tête de clou, grisâtres ou gris jaunâtre, entre lesquelles le tissu pulmonaire paraît sain. Le larynx ouvert par sa face antérieure présente les particularités suivantes : Au niveau de la corde vocale supérieure gauche, on voit une tumeur implantée dans l'épaisseur même de la muqueuse et comme développée au dépens d'elle. Cette tumeur du volume de l'ongle du pouce, s'étendait jusqu'à la glotte et empêchait le jeu de la corde vocale inférieure gauche. De couleur blanc jaunâtre, la tumeur laryngée était sessile et faisait tellement saillie dans l'intérieur du la-

(1) *Des Glossites tertiaires*, Paris, 1877.

Digitized by Google

rynx qu'elle en obstruait presque complètement la lumière : à peine un stylet de trousse pouvait passer par la partie laissée libre de la cavité laryngée. Nulle part ailleurs la muqueuse ne paraissait, du moins à l'œil nu, altérée.

L'examen histologique de la tumeur, fait par notre cher maître M. Brault, que nous nous empressons de remercier ici, a relevé la nature tuberculeuse de cette tumeur. « Au niveau du larynx, nous dit M. Brault, infiltration tuberculeuse pénétrant profondément en plein muscle; sur quelques points la muqueuse est conservée; presque partout elle est détruite. Sur la trachée granulations tuberculeuses dans la muqueuse et autour des glandes.

Dans le poumon, tubercules conglomérés. »

En somme, lésions tuberculeuses indubitables greffées sur un terrain syphilitique.

Il découle donc de l'observation que nous venons de rapporter plusieurs considérations générales que nous allons examiner.

L'évolution de l'affection chez notre malade a été faite de haut en bas : le larynx primitivement atteint de tubercules, a infecté la trachée d'abord, le poumon ensuite, l'argument le plus favorable à notre opinion est d'une part cette poussée aiguë du côté du larynx et du poumon, et l'absence, d'autre part, des tubercules anciens dans le poumon; c'est d'ailleurs ce que les travaux de Progrebinski, cité par Gouguenheim et Tissier dans leur remarquable travail sur la phtisie laringée (p. 160), a mis hors de doute, à savoir que la phtisie laryngée primitive existait, et que d'après Bruns la tuberculisation primitive du larynx exposait le poumon à des grandes chances d'infection.

Le second point que nous voulons examiner, c'est le diagnostic clinique de tumeurs laryngées entées sur un syphilitique qui ne porte aucune lésion tuberculeuse du poumon ou d'autres organes. La connaissance exacte de ce point nous paraît sinon impossible, du moins extrêmement difficile. Le diagnostic est en effet d'une laryngopathie tuberculeuse chez un syphilitique porteur des lésions du tertiarisme, sans aucune lésion des poumons est, croyons-nous épineux. Si le larynx présentait des ulcérations et d'autres signes de tuber-

Digitized by Google

culose pulmonaire, le soupçon d'une tuberculose laryngée serait de juste valeur, les commémoratifs du malade aidant. Mais en l'absence d'antécédents héréditaires tuberculeux, comme c'était le cas chez notre malade; en l'absence des signes stéthoscopiques, et avec un état général assez satisfaisant, il eût été hasardeux de poser un diagnostic ferme de tuberculose du larynx.

Nous voulons également dire un mot sur le diagnostic anatomique entre une tumeur tuberculeuse et une tumeur de nature syphilitique. A l'œil nu il est presque impossible de dire s'il s'agit de tuberculose ou de gomme, dans certains cas tout au moins. Plusieurs histologistes à qui nous avons montré la tumeur laryngée de notre malade nous ont déclaré ne pas se prononcer, surtout dans notre cas. Même les granulations tuberculeuses du poumon avaient, à première vue, l'aspect des gommes; l'erreur était donc facile.

En présence d'un cas de tuberculose laryngée, comme celui que nous venons de rapporter, faut-il faire la trachéotomie de propos délibéré, avant l'imminence d'asphyxie? C'est ce que nous nous demandons. Dans un travail publié en 1884 dans le *Bulletin de thérapeutique*, dû à la plume de M. Gouguenheim, et reproduit dans l'excellent travail (1) déjà cité, voici les deux grandes indications de la trachéotomie, dans la phtisie laryngée : « 1° Chez un tuberculeux dont les lésions pulmonaires sont peu prononcées, l'état général satisfaisant et la température à peu près normale, la trachéotomie est indiquée formellement, quand plusieurs accès de suffocation sont causés par la sténose glottique que je viens de décrire; 2° L'existence de lésions sérieuses du parenchyme pulmonaire ne contre-indique pas l'opération si la température n'est pas trop élevée et si les fonctions digestives ne sont pas trop troublées. »

Notre cas ne rentre cependant pas dans ces deux règles : chez Aug. Ernest, il y a eu tuberculose du larynx évoluant lentement, et plus tard poussée aiguë du côté du larynx et surtout du côté du parenchyme pulmonaire. Notre malade

(1) Gouguenheim et Tissier, p. 221.

Digitized by Google

est donc mort aussi bien de son infiltration du larynx que de son poumon. Mais quoi qu'il en soit, nous croyons que l'intervention par la trachéotomie est encore indiquée dans ces cas; car une survie même de quelques semaines est encore préférable à la mort rapide et brutale par asphyxie.

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement de l'otorrhée chronique par quelques nouvelles combinaisons boriquées (Ueber die Behandlung der chronischen Otorrhœ mit einigen neuen Borverbindungen, Aus der Poliklinik des Herrns Prof. Berthold), par le Dr Kafemann. (Broch. de 59 pages; A. W. Kafemann, éditeur. Danzig, 1891.)

Le tétraborate de soude neutre et alcalin a été mis en usage par Jänicke; le premier donne une solution à 63 0/0 dans l'eau bouillante, le second jusqu'à 65 0/0 ; ce liquide est légèrement sirupeux, facilement maniable et ne provoque pas la moindre douleur, ce qui facilite encore son emploi chez les enfants. L'oreille est d'abord soigneusement lavée, par la trompe d'Eustache, s'il le faut, puis le conduit auditif externe est rempli de tétraborate sodique. Le tragus, repoussé dans le conduit, fait pénétrer le liquide profondément et le fait couler par la trompe dans le pharynx, ce dont le malade est averti par un goût désagréable. Le conduit est enfin obturé par un tampon de coton borate (à 20 0/0), qui est laissé vingt-quatre heures.

Il n'a jamais été observé de furoncles, ni d'eczéma boriqué.

Huit observations d'otites moyennes aiguës guéries en quatre à quinze jours complètement. 26 otorrhées chroniques ont cessé définitivement après deux à quinze jours de traitement. Une quarantaine d'observations, plus ou moins résumées, relatent des cas d'otites chroniques invétérées, compliquées, soignées antérieurement de diverses façons, récidivées, guéries enfin par le traitement au tétraborate de soude. M. N. W.

De l'emploi des couleurs d'aniline dans les affections du nez, de la gorge et des oreilles (Ueber die Verwendung von Anilinfarbstoffen bei Nasen; Hals-und Ohren-Leiden), par le

Digitized by Google

Dr Maximilian Bresgen, de Frankfort-s.-M. (Broch. de 30 pages; E. Jungklaas, éditeur. Wiesbaden, 1891.)

De nombreux essais amènent l'auteur à considérer les couleurs d'aniline comme des antiseptiques puissants; le bleu de méthylène est, de plus, analgésiant. Ces couleurs sont absolument inoffensives, pourvu qu'elles soient pures, notamment le bleu sans chlorure de zinc et les violets sans arsenic et sans phénol. Après avoir employé avec plus ou moins de succès la *pyoktanine*, le *violet d'éthyle*, le *bleu de méthylène*, c'est à cette dernière substance que l'auteur s'est arrêté; il l'emploie non plus en solution comme au début, mais en poudre : un peu de coton hydrophile est enroulé au bout d'une baguette, trempée dans une solution de bleu d'abord, dans la poudre ensuite, qui y adhère. Avec cet instrument simple, on porte la poudre sur la muqueuse nasale, pharyngée, etc., et on l'y dépose par des frictions. La production de fausses membranes dans le nez, après la cautérisation, le gonflement jusqu'à présent inévitable, sont ainsi rapidement combattus sinon complètement évités. Dans un certain nombre de cas, il n'y a point de suppuration; dans d'autres, elle est réduite au minimum; aussitôt que les fausses membranes ont cessé de se produire, le sozoiodol de sodium remplace le bleu de méthylène. Trois observations détaillées et d'autres résumées.

Bibliographie fort complète de la question. M. N. W.

Quand est-il utile de se servir du galvano-cautère pour le nez? (Wann ist die Anwendung des elektrischen Brenners in der Nase von Nutzen?), par le Dr Maximilian Bresgen. (Broch. de 24 pages; E. Jungklaas, éditeur. Wiesbaden, 1891.)

Deux questions sont examinées dans la brochure : celle de la douche nasale et celle de la galvano-caustique. Quant à la première, l'auteur se déclare l'ennemi résolu du traitement des affections du nez par les injections de liquides quels qu'ils soient. La douche nasale, si répandue, si difficile à combattre, est doublement dangereuse : par son action nuisible sur la muqueuse, qu'elle imbibe et tuméfie; par l'infection fréquente de l'oreille moyenne et des sinus maxillaires et frontaux et, d'autre part, par le retard que ce moyen routinier et illogique apporte à l'emploi de méthodes curatives réelles, chirurgicales. Parmi ces méthodes, la plus répandue est la galvano-caustique, malheureusement souvent fort mal appliquée et, par cela même, décriée depuis que l'engouement primitif s'est calmé. La galvano-

Digitized by Google

caustique ne peut donner de bons résultats et n'en donne d'excellents que si elle est suffisamment énergique, exécutée lentement sur une muqueuse parfaitement cocaïnisée et surtout suivie d'un traitement antiseptique sérieux. C'est faute d'appliquer ce traitement qu'on enregistre tant de récidives, d'adhérences, de brides dues aux brûlures. L'usage des couleurs d'aniline est, jusqu'à présent, le moyen le plus sûr d'éviter, après la cautérisation, le gonflement, la suppuration, la douleur et les récidives. M. N. W.

Un moulage métallique du systéme des cavités pneumatiques du nez (Ein Ausguss vom pneumatischen Hohlensystem der Nase), par le Dr F. Siebenmann, de Bâle. (Festschrift zu Ehren des prof. Kocher in Bern; J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1891.)

Le moulage est fait par le procédé de Semper-Riem. La pièce est fixée, dégraissée, durcie par le séjour prolongé dans l'acide chromique, l'alcool, la térébenthine. Ensuite la préparation est fixée dans du plâtre, et le métal de Wood, liquéfié, coulé par la narine. L'air sort par des orifices préalablement pratiqués en différents points, et l'injection des cavités accessoires se fait d'une manière parfaite; la corrosion des parties molles et des os, à l'aide de la potasse, libère enfin le moulage.

La description minutieuse de cette pièce intéressante ne serait point compréhensible sans la photographie qui l'accompagne, aussi ne la reproduirons-nous pas. Mais elle permet de tirer des conclusions importantes : les orifices du sinus maxillaire et des cellules ethmoïdales sont situés de façon à être presque inaccessibles au cathétérisme, — il est impossible d'entrer d'arrière en avant et de haut en bas, — ce qui est la direction de ces cavités. On peut, à la rigueur, entrer dans l'orifice de la cavité, mais non dans sa profondeur. Le moulage met en lumière un autre fait moins étudié, notamment le rapport étroit entre la gaine du nerf optique et la cellule ethmoïdale postérieure, cause probable de certaines névrites optiques rétrobulbaires et d'un cas de cécité subite consécutive à une cautérisation étendue de la cavité nasale. M. N. W.

Aprosexie et céphalalgie chez les écoliers, par le Dr Guye, professeur d'otologie à l'Université d'Amsterdam. (Lu au 7e Congrès international d'hygiène et de démographie. Londres, 1891.)

L'auteur rappelle les principaux travaux parus sur l'apro-

Digitized by Google

sexie depuis qu'il en a donné la première description, et lit deux observations :

Obs. I. — Enfant de 7 ans, de parents riches. Visage stupide, respiration buccale, hypertrophie des amygdales, ouïe presque normale. Cet enfant n'a pas pu apprendre plus de trois lettres de l'ABC dans l'espace de toute une année ; il les apprit toutes peu de semaines après l'amygdalotomie et le traitement de la sténose nasale ; il continue depuis ses études à l'égal des autres enfants.

Obs. II. — Fille de 15 ans, se plaint de céphalalgies habituelles. Ses études sont pénibles ; elle oublie le matin ce qu'elle a appris la veille ; ses notes en classe sont 0 et 1 quelquefois. Huit jours seulement après l'ablation partielle de l'amygdale pharyngée et le traitement de la sténose nasale, l'enfant était changée ; plus de céphalalgie, la note maxima en histoire, etc. Un mois plus tard, c'était une élève heureuse et normale.

En terminant, l'auteur déclare partager les conclusions de Raulin (de Marseille) sur l'urgence qu'il y a à surveiller, à ce point de vue, les enfants des écoles au moment de leur admission et dans le cours des études. M. N. W.

Polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, par Marcel Natier. (*Annales de la policlinique de Paris*, nos 7, 8, 9.)

Bonne description des polypes muqueux des fosses nasales considérés à un point de vue général. Rares sont ces tumeurs au-dessous de 15 ans. L'auteur n'en a pu relever que 31 cas dans la littérature médicale : deux fois il s'agissait de polypes congénitaux. Du reste, avant comme après cet âge, l'évolution clinique de cette affection nous présente une phénoménalité si constante, qu'il n'y a pas lieu d'en distraire un chapitre de monographie infantile. Natier croit, contrairement à Morell Mackenzie, à Moldenhauer, que les inflammations catarrhales de la pituitaire sont des facteurs habituels de la genèse des polypes, et que si ceux-ci se montrent surtout au cornet moyen, il en faut rechercher la seule cause dans les lois de la pesanteur. Au cornet moyen, l'infiltration séreuse, s'accumulant dans les pentes déclives, distend à la longue le tissu sous-muqueux et l'entraîne en bas sous forme d'hypertrophie polypoïde, puis de polypes. Pareille chose ne peut se produire sur le cornet inférieur dont le bord, dès qu'il se développe, vient reposer sur le plancher. M. L.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 décembre 1891.

Compte rendu par P. Gastou.

Deux observations de kystes du nez. — Examen histologique et bactériologique, par le Dr Chatellier.

Il s'agit de deux malades présentant tous deux dans une des cavités nasales une tumeur arrondie, non adhérente, d'aspect kystique et fluctuante. Ces kystes, contenant de la mucine, furent guéris par ponction.

L'un de ces cas est particulièrement intéressant : Un malade, âgé de 55 ans, se présente avec une tumeur de la région latérale droite du nez. Elle faisait saillie en dehors de la narine et soulevait l'aile du nez en déterminant un gonflement jusque près de la pommette. A l'examen rhinoscopique on la voyait arrondie, du volume d'une amande, se prolongeant dans la cavité nasale et comblant le vestibule. Quoique ferme et résistante, elle donnait dans sa partie la plus saillante la sensation d'une poche de liquide. Il n'existait aucune altération tégumentaire et peu d'adhérences. La tumeur fut ponctionnée au moyen d'une seringue de Pravaz, avec toutes les précautions antiseptiques usitées en pareil cas.

L'examen histologique du liquide retiré montra une très grande quantité de mucine et de pus.

Un érysipèle de la face se déclara bientôt après et la tumeur fit de nouveau saillie.

Une nouvelle ponction pratiquée donna issue à un liquide louche, séro-purulent et contenant des streptocoques.

Pour expliquer l'érysipèle, l'auteur émet l'opinion que le contenu kystique renfermait des streptocoques, qui, en retirant l'aiguille, produisirent un véritable érysipèle expérimental.

Discussion :

M. Martin. — J'ai vu un cas semblable de kyste de la narine gauche guéri par la ponction.

Digitized by Google

M. Cartaz. — Les kystes du nez sont fort rares, et, d'après la bibliographie que doit connaître M. Chatellier, il n'en existerait qu'une vingtaine de cas. La pathogénie en est du reste donnée d'une façon fantaisiste. Un de mes élèves a fait une thèse sur ce sujet, mais depuis un travail très complet a paru dans le compte rendu de l'Association laryngologique américaine. Certains de ces kystes ont une coque osseuse et peuvent être comparés à un *spina-ventosa* du cornet moyen. Ils siègent rarement sur le cornet inférieur. On les a considérés comme muqueux. Quand ils siègent au niveau du périoste ils sont d'une interprétation difficile.

M. Chatellier. — Les kystes par rétention glandulaire se font dans le nez par le même mécanisme que dans les autres organes, c'est-à-dire par obstruction. Quand il n'y a pas de glandes, la pathogénie est plus difficile à saisir : est-ce un kyste? est-ce une cavité?

M. Ruault. — J'ai vu une tumeur simulant un kyste ethmoïdal. Il existait un écoulement purulent. En réalité ce n'était pas un kyste.

M. Loewenberg. — Dans l'observation relatée il y a un point intéressant à déduire : tant que le kyste a été fermé il n'y a pas eu d'inflammation. La ponction faite, le kyste s'enflamme et le streptocoque inoffensif auparavant fait suppurer. M. Chatellier ne nous a pas dit s'il existait des crochets.

M. Chatellier. — Pas de trace de crochets.

M. Potiquet pense que la dilatation ampullaire du cornet osseux moyen, à laquelle il a été fait allusion, ne résulte point d'un processus pathologique. Il y voit plutôt une anomalie de développement, un fait de réversion qu'explique l'anatomie comparée. Mais, comme toutes les anomalies de développement du reste, celle-ci appellerait assez volontiers sur l'organe qu'elle atteint des altérations morbides. La muqueuse qui revêt l'extrémité antérieure dilatée du cornet moyen, plus exposée par ce fait aux influences nocives, s'enflammerait plus aisément, et là seulement serait l'état pathologique.

M. Gouguenheim. — A quelle époque le kyste s'est-il développé?

M. Chatellier. — Le malade n'en savait rien.

M. Gouguenheim. — Quand la narine a-t-elle été bouchée et comment le malade s'aperçut-il de la présence de la tumeur?

M. Chatellier. — La narine ne fut jamais entièrement obstruée

Digitized by Google

et le malade prétend que la tumeur s'est développée rapidement en 10 à 15 jours.

M. Gouguenheim. — Si je fais ces objections, c'est que la différence entre un kyste et un abcès ne semble pas bien établie.

M. Chatellier. — Je répondrai à M. Gouguenheim qu'il existait quelque chose depuis longtemps dans la narine; le malade ne s'en préoccupa aucunement avant le moment où ce quelque chose se mit à se développer rapidement. J'ai dit que le liquide retiré dans la première ponction n'offrait aucun caractère de purulence et que l'examen ne montrait que de la mucosine.

M. Gouguenheim. — J'ai vu des tumeurs inflammatoires qui, à un stade éloigné de leur début, ne contenaient plus ni sang ni pus. Elles avaient été souvent la conséquence d'un traumatisme ou d'une inflammation quelconque, elles se distinguaient de l'hématome en ce que la poche kystique contenant le sang n'existait plus.

M. Chatellier. — Je regrette ne ne pouvoir éclaircir ces différents points, le malade ne m'ayant fourni aucun renseignement.

Contribution à l'étude des angines phlegmoneuses, par le Dr Ruault.

L'auteur lit un intéressant travail sur l'*angine linguale*, qu'il différencie des autres angines occupant les différents groupes de follicules clos péri-pharyngiens, et des affections pouvant simuler l'angine, telles, par exemple : la glossite basique intermusculaire, le phlegmon péri-laryngien, etc., etc.

M. Ruault désigne à l'angine linguale les signes caractéristiques suivants : douleur intense à la déglutition, douleurs auriculaires, douleur médiastinale, consistant en sensation constrictive pénible au niveau de la fourchette sternale; tuméfaction notable de la base de la langue, quelquefois accès de suffocation. Le meilleur traitement de cette angine est la scarification de la base de la langue.

Discussion :

M. Moura. — J'ai vu également un cas d'angine linguale. Le malade ne pouvait avaler; après scarification, il s'est écoulé du pus et en 2 jours il a guéri.

M. Luc. — Je rapprocherai de ces faits le cas d'un malade, officier de marine, ayant des abcès à répétition de l'amygdale linguale. Il eut la fièvre jaune et depuis cette époque des récidives

Digitized by Google

plusieurs fois par an, et cela malgré la plus rigoureuse antisepsie de la bouche faite après chaque repas.

M. Ruault. — Ces récidives sont fréquentes et se produisent deux fois sur six.

M. Loewenberg. — L'antisepsie buccale est souvent une illusion. Nos moyens sont limités pour nettoyer le rendez-vous de tous les microbes. Je fais habituellement des lavages de sublimé au millième et je saupoudre ensuite d'acide borique. Le desideratum serait de pouvoir appliquer un enduit permanent antiseptique, par exemple du collodion; on empêcherait ainsi la pullulation dans la salive ou le mucus, mais cela est bien difficile.

M. Luc. — Je ne crois pas qu'il faille exagérer la difficulté qu'il y a à faire une bonne antisepsie de la bouche. Que faut-il? débarrasser la bouche des particules alimentaires qu'elle contient : les lavages remplissent entièrement ce but.

M. Hermet. — Il n'est pas démontré que l'acide borique soit suffisamment antiseptique. L'emploi du sublimé au millième me semble exagéré.

M. Loewenberg. — Quand j'ai dit des lavages au sublimé au millième, il faut comprendre des badigeonnages, et non pas des gargarismes.

M. Gouguenheim. — Dans la communication de M. Ruault, je n'ai pu suffisamment voir pourquoi il avait localisé le processus inflammatoire à la quatrième amygdale? Cette amygdale était-elle très gonflée? Y avait-il des signes évidents?

M. Ruault. — Je n'ai pu m'entendre suffisamment sur tous ces points et je vous renvoie à mon mémoire.

M. Gouguenheim. — C'est là, en tout cas, une localisation rare que peut-être la constitution médicale favoriserait. Il eût été très important de faire un examen bactériologique, et, le cas étant rare, il n'en aurait présenté que plus d'intérêt.

M. Ruault. — Le pus a été évacué la nuit et n'a pu être recueilli. En supposant qu'on l'eût ensemencé, la pathogénie en eût-elle été plus éclairée? Je ne le crois pas. Il y a des causes autres qui nous échappent. Ainsi l'un de mes malades vit l'abcès se développer après avoir mangé du perdreau faisandé. C'est généralement après un empoisonnement d'origine alimentaire, après infection intestinale, altération quelconque des tumeurs, refroidissement, que la maladie éclate. La gingivite arthro-den-

Digitized by Google

taire y prédispose. Il ne faut pas dans l'angine linguale négliger l'antisepsie générale.

M. Gouguenheim. — Si j'insiste sur la connaissance des signes exacts, c'est dans le but de savoir pourquoi M. Ruault admet cette localisation à la quatrième amygdale et non pas ailleurs.

M. Ruault. — J'ai déjà donné les signes, et je crois que l'angine linguale ne pouvait être confondue qu'avec la péri-amygdalite linguale ou la glossite intra-musculaire.

M. Gouguenheim. — Cette confusion me semble en effet facile, et c'est pourquoi il est important d'être fixé sur les signes certains de l'angine linguale, qu'il me semble difficile d'isoler jusqu'à présent des inflammations de siège voisin.

Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée (angine de Tornwaldt), par le Dr Ruault.

M. Ruault expose un traitement qui consiste à pénétrer dans la cavité de la bourse à l'aide de stylets coupants coudés d'une façon spéciale et à pratiquer la discission des parois.

Discussion :

M. Lubet-Barbon demande que la discussion du traitement de l'angine de Tornwald soit reportée à la prochaine séance. Il tient à exposer un traitement par le curettage tout à fait différent de celui qu'emploie le Dr Ruault.

Vertiges de Ménière. — Battements pulsatiles à l'endotoscope dénonçant l'otite, par le Dr Gellé.

Lorsqu'un malade se présente avec le syndrome de Ménière, la première idée qui vient à l'esprit est celle de l'existence d'une affection névropathique ou bien encore d'une affection stomacale, surtout quand les accidents succèdent à l'ingestion des aliments ou s'ils sont suivis de nausées et de vomissements. Le diagnostic doit changer cependant, le jour où la constatation d'une surdité rebelle ou de bourdonnements agaçants vient fixer l'attention sur l'oreille.

La clinique montre combien l'état de l'estomac a d'influence sur les troubles liés aux affections otiques; il en est de même de l'état de la circulation et des organes de la respiration, qui provoquent, entretiennent ou font récidiver les bourdonnements, les vertiges, les douleurs et la surdité.

En dehors des signes indiquant une sclérose ou une lésion ancienne du tympan, on peut observer en certains cas des bat-

Digitized by Google

tements pulsatiles sur l'endotoscope, lesquels ne laissent aucun doute sur l'existence d'une fluxion active et peut-être sur une prolifération vasculaire dans la cavité de l'oreille moyenne, masquée par un tympan sans caractère, ou même d'un aspect tout à fait capable d'induire en erreur.

L'auteur, après avoir cité plusieurs observations, les analyse pour montrer l'utilité des battements pulsatiles à l'endotoscope constatés dans les cas de vertiges de Ménière symptomatiques d'une otite.

Discussion :

M. Potiquet craint que M. Gellé, en faisant des oscillations du liquide contenu dans le manomètre auriculaire un signe certain de lésion congestive intra-tympanique latente, la membrane du tympan se montrant intacte, n'ait commis une erreur d'interprétation. En se plaçant dans des conditions un peu différentes de celles où opère M. Gellé, notamment en substituant dans le manomètre de M. Politzer à l'eau un liquide plus léger, un petit index d'éther, M. Potiquet s'est convaincu que l'index d'éther peut éprouver des oscillations nettement isochrones au pouls, alors qu'il y a tout lieu de croire l'oreille moyenne entièrement saine.

Il ne voit dans ce phénomène qu'une secousse communiquée à cet index très mobile, par la pulsation des artères contenues dans les parois du conduit auditif, membrane du tympan comprise, et par l'impulsion que ces parois peuvent recevoir des vaisseaux du voisinage.

M. Gellé. — Il y a sept ans, j'ai décrit l'expérimentation et son instrumentation. L'éther est instable. Vous avez opéré sur vous-même, cela rend l'observation très délicate. Pour introduire l'appareil vous remuez. Les battements de l'artère temporale, les mouvements inconscients de la mâchoire, les contractions du peaucier, suffisent pour induire en erreur. J'introduis l'embout avec soin, évitant les contacts. J'ai vu des battements sans vascularisation.

M. Potiquet. — Je me suis mis en garde contre toutes les causes d'erreur qu'indique M. Gellé.

M. Gellé. — Alors qu'en concluez-vous?

M. Potiquet. — Je conclus qu'il y a erreur d'interprétation.

M. Gellé. — Nous ne voyons pas de même, et jusqu'à preuve du contraire je garde mon opinion, basée sur 15 ans de recherches, contre une objection résultant de 8 jours d'expérience.

Digitized by Google

ASSOCIATION OTOLOGIQUE AMÉRICAINE

XXIVe Congrès, tenu à Washington le 22 septembre 1891.
(Compte rendu du *Medical Record*, 26 septembre 1891.)

I. — *Inflammation mastoïdienne*, par H. Knapp. — Knapp rapporte deux observations d'opérations pour inflammation mastoïdienne. Dans la première le malade mourut de méningite consécutive à la continuation des accidents. L'autopsie montra que si l'ouverture de l'os avait été poussée à trois millimètres plus profondément, la mort aurait sans doute été évitée. Dans le second cas il y avait congestion simple. Guérison. Très grande amélioration du pouvoir auditif.

II. — *Ouverture de l'apophyse mastoïde et ablation du tissu malade*, par C.-J. Blake. — Dans 23 cas de mastoïdite, Blake a largement ouvert l'os, enlevé avec la curette toutes les parties atteintes, lavé avec une solution de sublimé faible. Les résultats sont excellents, la cicatrisation rapide, si l'opération est précoce. L'empâtement constitue le signe capital qui doit décider l'intervention. Dans deux cas où l'intervention radicale fut différée, les suites furent au contraire mauvaises. Le premier malade traité par l'incision simple finit par mourir de méningite malgré une trépanation secondaire de l'apophyse. Le second perdit un œil à la suite d'endochoroïdite métastatique.

Discussion :

Gruening insiste sur la valeur séméiologique de l'empâtement et sur la nécessité d'enlever toute la couche corticale de l'os pour ne pas méconnaître des portions atteintes.

III. — *Otite moyenne aiguë*, par J.-M. Ray. — Méningite consécutive à une otite moyenne aiguë. Il y eut métastase par la circulation générale et non extension locale, l'os temporal n'ayant pas été trouvé altéré à l'autopsie.

IV. — *Épilepsie d'origine auriculaire*, par B.-A. Randall. — Otorrhée et large exostose du conduit auditif avec accidents épileptiformes. Trépanation. Au quatorzième jour, accidents de mastoïdite, méningite et mort.

V. — *Excision de la membrane du tympan et du marteau né-*

Digitized by Google

crosé pour une otite moyenne purulente, par C.-H. Burnett. — Quatre observations avec résultats satisfaisants. Dans la première il n'y avait pas de troubles auditifs. L'otorrhée datant de vingt-cinq ans fut guérie en neuf mois. Dans la seconde l'otorrhée datant de cinq ans fut améliorée mais non guérie. La distance auditive s'étendit de dix pouces, qu'elle était avant l'opération, à dix pieds. Dans la troisième guérison de l'otorrhée le pouvoir auditif, nul avant l'opération, est assez amélioré pour permettre d'entendre à la distance de deux pieds. Dans la quatrième guérison de l'otorrhée datant de trente ans. La distance auditive passe de six pouces à deux pieds.

VI. — *Traitement des mastoïdites par la glace*, par Gorham-Bacon. — Appliqué dès le début, le sac de glace enrayerait souvent l'inflammation.

VII. — *Traitement des perforations anciennes du tympan*, par Theobald. — Theobald préfère aux membranes artificielles de papier, de tissus organiques, de petits tampons de ouate hydrophile imbibés de vaseline pour oblitérer la perforation. L'adjonction de baume du Pérou à la vaseline contribuerait à stimuler la cicatrisation.

VIII. — *Luxation anormale du manche du marteau*, par Theobald. — Cette luxation était due à une otite ancienne.

IX. — *Anatomie de l'oreille de l'éléphant*, par Huntington-Richards.

Sont élus pour 1892 : *Président*, Gorham-Bacon, de New-York ; *Vice-Président*, Huntington-Richards, de New-York ; *Secrétaire*, Vermyne, de New-Bewford. Le prochain Congrès aura lieu à New-London, en juillet 1892. A.-F. P.

ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

XIIIe Congrès annuel, tenu à Washington les 22, 23, 24 septembre 1891.

(D'après les comptes rendus du *Medical Record*, 26 septembre et 3 octobre 1891.)

I. *Corps étranger singulier de la trachée*, par Glasgow. — Observation remarquable : 1° par la nature du corps étranger,

Digitized by Google

un petit ballon en caoutchouc, muni d'un tube, le tout d'un volume tel qu'on comprenait à peine qu'il eût pu pénétrer dans la trachée d'un enfant de 8 ans; 2° par l'absence complète de troubles respiratoires quand on apporta l'enfant. Mais tout à coup, pendant le simple examen de la gorge, éclata une terrible attaque de suffocation, qui força à faire la trachéotomie. Le ballon se détacha du tube pendant la tentative d'extraction. Le tube, resté, dut être extrait après coup, et comme il était trop large pour sortir par la plaie trachéale, on dut le faire passer par la glotte et le reprendre par la bouche. Guérison rapide et complète.

II. *Thyrotomie chez un enfant de 18 mois*, par Clinton Wagner. — Comme indication de la thyrotomie, Wagner admet les corps étrangers et les tumeurs bénignes. Il a pratiqué six fois cette opération pour des ablations de tumeurs malignes. Ces opérations, bien tolérées, ont été toutes suivies de récidives rapides. Dans la tuberculose, l'opération est absolument contre-indiquée.

L'opération faite chez un enfant de 18 mois fut motivée par un papillome, qui avait donné lieu à des accidents pris tout d'abord pour de l'asthme. Par suite d'une série de circonstances extrachirurgicales, la canule dut être laissée à demeure. L'enfant survécut onze mois et mourut accidentellement de la grippe.

Discussion : Rice insiste sur la nécessité d'un diagnostic précis avant l'opération. L'emploi simultané de la cocaïne et du chloroforme, à faible dose, permet même chez l'enfant l'examen et l'opération par les voies naturelles. S'il survient des accidents de spasme au cours de l'intervention, on peut y remédier séance tenante par l'intubation.

Ingals recommande le toucher laryngé pour le diagnostic des obstructions siégeant entre les cordes vocales.

III. *Les amygdales à l'état normal et pathologique*, par Allen. — Dans cette étude sur la physiologie et la pathologie des amygdales, signalons seulement deux points :

1° Dans l'hypertrophie on trouve souvent des communications entre les lacunes, véritables fistules de l'amygdale. Quand, comme le fait est fréquent, il y a en même temps des végétations adénoïdes, on doit commencer par enlever ces végétations, puis la fistule est incisée. La tonsillotomie n'est pas nécessaire. Mais parfois on doit exciser les lambeaux exubérants de la fistule et conseiller les astringents;

Digitized by Google

2° Les abcès chroniques persistant des années en entretenant une irritation permanente, renfermant seulement quelques gouttes de pus, ne sont pas très rares.

Discussion : Wright, dans le cas d'hypertrophie des amygdales et de végétations adénoïdes associées, pense, au contraire de Allen, qu'il faut même débuter par la tonsillotomie. Celle-ci suffit assez souvent à faire disparaître les végétations.

Rœ, pour ouvrir les abcès des amygdales, recommande l'usage de simples ciseaux pointus.

IV. *Troubles causés par l'hypertrophie de l'épiglotte*, par Rice. — Comme causes de l'hypertrophie de l'épiglotte, Rice indique les traumatismes, le tabac, l'alcool, les troubles gastro-intestinaux.

Les hypertrophies dues à la syphilis, au lupus, à la tuberculose, et les hypertrophies d'origine congénitale forment deux autres groupes de cette affection.

Les symptômes fonctionnels principaux sont une gêne dans la gorge, une toux avec déglutition avide. La laryngite catarrhale chronique est une complication constante.

Comme traitement, les astringents sont inutiles, la cocaïne suffit presque seule dans les cas très légers; le galvano-cautère amène une réaction inflammatoire trop forte. Les excisions partielles, avec des pinces coupantes, paraissent préférables.

Discussion : Vanderpoel recommande surtout comme moyen d'intervention la curette tranchante.

V. *Asthme et troubles des voies respiratoires supérieures*, par F.-H. Bosworth. — L'asthme est produit par trois éléments associés : 1° un élément nerveux; 2° un élément atmosphérique; 3° une affection intra-nasale.

Sur 88 cas, depuis sa dernière communication, Bosworth a pu en guérir 42, en améliorer 32. Deux seulement n'ont eu aucune amélioration; le résultat chez les 11 autres est resté inconnu. Un intervalle d'un an sans crise est nécessaire pour que Bosworth compte les cas comme guérison.

Discussion : La conclusion générale de la discussion, à laquelle prennent part Beverley Robinson, Wagner, Shurly, Ingals, etc., etc., est que les causes de l'asthme sont multiples, protéiformes; que les déplacements internes, les troubles gastriques, les scléroses pulmonaires, la malaria, les affections rénales, la bronchite chronique, jouent un rôle. Les affections

Digitized by Google

nasales sont une cause assez fréquente, mais bien loin d'être constante.

VI. *Papillomes des fosses nasales*, par Wright. — Wright insiste sur la rareté de ces papillomes, dont il n'a jamais observé qu'un cas. Les papillomes ne semblent guère se développer que sur la cloison et à l'entrée des fosses nasales, au point où se fait la jonction de la muqueuse et de la peau.

Discussion : Jarvis, pour obtenir une guérison durable, fait toujours suivre l'ablation d'une cautérisation du point d'implantation à l'acide chromique.

Mackenzie a vu des malades expulser, en se mouchant, de petits morceaux de chaux semblables à des papillomes et être momentanément soulagés. C'est vers la rhinite atrophique que se faisait l'évolution ultérieure de la maladie.

VII. *Tuberculose nasale chez un singe*, par Shurly. — Malgré la présence de bacilles dans le pus des fosses nasales, on ne trouva, à l'autopsie, qu'un gonflement des cornets où le microscope ne montra pas d'éléments tuberculeux. Pas de tuberculose des viscères. L'intégrité du poumon en particulier, organe si facilement tuberculisable chez le singe, est remarquable, et Shurly arrive à se demander si, malgré la présence des bacilles, le diagnostic doit être maintenu, et s'il ne faut pas songer à quelque rhinite par corps étranger, la présence des bacilles étant accidentelle.

VIII. *Kyste du cornet moyen*, par Knight. — Ces kystes seraient fréquents, mais souvent confondus avec des myxomes. La minceur de leur paroi, la facilité de leur rupture, leur translucidité, sont assez caractéristiques. On les confond parfois aussi avec des ostéomes, car, très tendus, ils peuvent être durs, résistants. Les accidents de compression, hémicranie, névralgie diverse de la cinquième paire, constituent les principaux troubles fonctionnels.

Ces kystes s'observent rarement avant 20 ans. Ils sont fréquents chez les femmes d'âge moyen.

On les a attribués soit à une ostéite raréfiante, soit à une rhinite hypertrophique. Knight se range à la seconde théorie.

Discussion : Wright rapporte un cas où le contenu du kyste était granuleux.

IX. *Les diverses affections des cellules ethmoïdales*, par Bosworth. — Bosworth distingue cinq variétés d'affections des cellules ethmoïdales :

Digitized by Google

1° Dégénérescence myxomateuse sans suppuration. Cette dégénérescence est ordinairement le prélude de polypes des fosses nasales;

2° Dégénérescence myxomateuse extra-cellulaire avec suppuration provenant des cellules. Cette forme n'est qu'un stade plus avancé de la précédente. Son diagnostic avec les suppurations du sinus offre souvent de grandes difficultés;

3° Ethmoïdite purulente avec polypes des fosses nasales. Dans 7 cas sur 13, cette forme se compliquait d'abcès du sinus maxillaire;

4° Polype intercellulaire sans suppuration;

5° Polype intercellulaire avec suppuration.

Bosworth reconnaît lui-même que cette classification n'est ni parfaite ni absolument claire. Il la croit pourtant préférable au terme vague d'ethmoïdite.

Le traitement consiste avant tout à enlever largement tout le tissu malade, et, dans le cas de suppuration, à bien ouvrir les plus petites cavités atteintes. Une curette très fine est le meilleur instrument pour bien ouvrir ces cavités.

Discussion : Wright pense que les formes aiguës d'ethmoïdites guérissent souvent sans intervention.

Mulhall est, au contraire, partisan d'intervention très active. La curette lui a donné de très bons résultats.

X. *Traitement radical des myxomes des fosses nasales,* par Casselberry. — Casselberry pense qu'il est souvent nécessaire d'enlever avec le myxome l'extrémité antéro-inférieure du cornet moyen en se servant de ciseaux courbes ou de pinces coupantes. Il est bon de toucher le point d'implantation au galvanocautère.

Discussion : Sajous est également partisan de l'ablation d'un fragment osseux. Il emploie souvent une électrode recouverte de verre et terminée par une lame de platine courbe au moyen de laquelle il peut alternatiser, gratter et cautériser.

Rice, quand l'ablation du tissu est trop large, redoute à la suite la rhinite atrophique.

XI. *Altérations déterminées par l'influenza du côté des voies respiratoires supérieures,* par J. Solis-Cohen.—La lésion la plus caractéristique produite par l'influenza est une sorte d'œdème lymphoïde pouvant occuper les divers points du pharynx et du larynx, envahir même les sinus des fosses nasales. Quand la glotte est atteinte, la mort peut survenir par asphyxie.

Digitized by Google

Les hémorragies, les abcès du larynx, les ecchymoses trachéales ne sont pas très rares. La paralysie des cordes vocales a pu être observée comme après la diphtérie.

On connaît la fréquence de l'otite moyenne.

Cohen termine en rapportant deux observations extraordinaires : l'une d'épithélioma du voile du palais, l'autre de tuberculose du larynx et du poumon, qui auraient été guéris (!) à la suite d'atteintes d'influenza.

Discussion : Rœ, dans la grippe, a remarqué que les troubles céphaliques étaient très accentués chez les malades atteints de rhinite hypertrophique antérieure. De même ceux qui sont atteints de pharyngite chronique ont des déterminations pharyngées particulièrement vives.

Jarvis insiste sur la prédisposition particulière que paraissent créer les affections de la cloison.

Glasgow a vu un abcès du sinus maxillaire à la suite de la grippe.

XII. *Contraction cicatricielle du larynx*, par W. C. Jarvis. — Jarvis tire de son observation les conclusions suivantes :

1° La vie peut persister pendant des années avec une respiration se faisant par un larynx extrêmement rétréci. Grâce à l'habitude, à l'attention constante, au soin particulier à respirer par le nez, le malade respirait par un orifice glottique n'ayant plus que les dimensions nécessaires pour laisser passer le bout d'une allumette ordinaire ;

2° La mort peut, en pareil cas, survenir non par asphyxie mais par épuisement ;

3° Le traitement local et en particulier les pommades lubréfiantes, vaseline, huile, peuvent donner un grand soulagement;

4° L'usage interne de l'iodure de potassium peut, alors même que l'affection syphilitique est fort ancienne et la lésion tout à fait cicatricielle, amener une grande diminution de la dyspnée;

5° La trachéotomie est l'opération indiquée si la dyspnée devient trop intense. L'intubation est contre-indiquée par l'épaisseur, la densité, la résistance du tissu cicatriciel et les dangers très grands de spasme.

Discussion : Mackenzie a observé un cas rappelant, à quelques égards, le cas de Jarvis. La trachéotomie avait été faite sans apporter de soulagement. On trouva, à la bifurcation de la trachée, un rétrécissement d'origine syphilitique si serré, qu'il laissait à peine passer le bout d'un stylet.

Digitized by Google

Casselberry combat les mesures palliatives. Le tubage est dangereux. Mieux vaut faire la trachéotomie, suivie du traitement par la dilatation et l'iode.

Sajous montre les dangers de l'iodure, surtout chez les malades à reins fonctionnant mal. Des doses trop fortes peuvent être causes d'œdème de la glotte.

XIII. *Un cas d'épithélioma du larynx*, par Morris J. Ash. — Dans ce cas d'épithélioma, la pyoctanine fut employée extérieurement et intérieurement sans résultat favorable. Employée intérieurement, elle fut très mal supportée par l'estomac.

XIV. *Néoplasmes trachéo-laryngés de la tuberculose*, par John N. Mackenzie. — John Mackenzie en distingue trois grandes formes :

1° Hyperplasies papillaires simples, granulations naissant des bords et du fond des ulcérations;

2° Petites tumeurs verruqueuses acuminées ayant l'aspect et la structure des papillomes siégeant surtout dans l'espace interaryténoïdien. Ces papillomes présagent l'apparition d'accidents locaux sérieux ;

3° Masses tuberculeuses isolées se développant surtout dans le tissu conjonctif sous-muqueux et respectant relativement la surface de la muqueuse.

Discussion : Solis Cohen rapporte un fait de guérison de papillomes tuberculeux occupant toute une moitié du larynx obtenue par l'ablation partielle et l'acide lactique. La créosote fut employée intérieurement.

Sajous se loue beaucoup de l'acide chromique.

XV. *Diathèses générales et affections des voies respiratoires supérieures*, par Beverley Robinson. — Robinson insiste sur le rôle du rhumatisme, de la scrofule, de la syphilis, de la goutte, et surtout de la malaria.

Sont élus pour 1892 : *Président*, Langmaid (de Boston) ; *vice-présidents*, Ash (de New-York), Johnston (de Baltimore) ; *secrétaires*, Knight (de New-York) ; *archiviste*, French (de Brooklyn). — Le Congrès se tiendra à Boston en juin 1892. A. F. P

Digitized by Google

PRESSE FRANÇAISE

Spasmes cloniques du pharynx. — Aérophagie hystérique, par L. Bouveret. (*Revue de médecine*, février 1891.)

Bouveret cite le cas d'une femme de 39 ans, qui, à la suite d'attaques réitérées d'hystérie, eut des accidents spéciaux causés par des *contractions* très fréquentes du pharynx (40 à 60 par minute), ayant pour résultat l'ingestion de grandes quantités d'air. A la fin, des *éructations* déterminaient une sortie d'air assez notable. L'ingestion d'air semblait réelle, car on pouvait, par l'auscultation de l'œsophage, constater l'existence de ce phénomène; enfin, l'air évacué à la fin n'avait aucun des caractères des gaz de la digestion. L'excitation du pharynx et de certaines zones exaltait un accès, dont la durée était généralement assez courte, mais la répétition très fréquente : par le rythme et la régularité, et enfin par la nature du terrain morbide, il est certain que ces accès étaient de cause hystérique. A. G.

Angine de Ludwig, par Michel. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, nov.-déc., 1890, p. 513.)

Homme de 38 ans, malade 4 jours seulement, et mort le jour même de son entrée à l'hôpital. Le mal semble être la suite d'une carie dentaire. La région sus-hyoïdienne est tuméfiée, et le plancher de la bouche est entièrement infiltré. Le malade peut à peine avaler, et il respire avec difficulté : la voix est à peu près normale; il succombe dans un accès de suffocation, sans avoir pu être soulagé. On trouve à l'autopsie de l'œdème de la région avec adénopathie sous-maxillaire très accusée. Il y a un peu de pus à l'angle de la mâchoire. La muqueuse pharyngienne est rouge et tuméfiée surtout en arrière du larynx, qui est le siège d'un œdème considérable sus-glottique. La luette est œdématiée. Pas d'examen bactériologique.

L'auteur voit avec raison dans cette observation un cas typique de l'angine dite de Ludwig, que l'on pourrait mieux dénommer phlegmon sous-maxillaire infectieux. A. G.

Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles, pharyngée et préépiglottique, 3e et 4e amygdales,

Digitized by Google

par E. J. Moure et Raulin. (*Revue de laryngol.*, 15 mars et 1er avril 1891.)

Travail basé sur quatre observations qui sont insérées à la fin avec deux planches. Après une description rapide du tissu adénoïde de toute la gorge, les auteurs décrivent des manifestations secondaires de la 4e amygdale se présentant sous deux formes, une disséminée et une forme agminée en tumeur, les signes objectifs sont typiques, les signes subjectifs sont d'une importance variable; il existe un peu de dysphagie. Les signes dus à l'envahissement de la 3e amygdale ne diffèrent guère de ceux qui sont dus aux végétations adénoïdes. Enfin, les auteurs décrivent une coarctation pharyngienne due, supposent-ils, à l'envahissement des follicules pharyngiens. Le traitement local doit être fait avec précaution, quand il s'agit de la 4e amygdale, à cause du voisinage du larynx. La galvanocaustique a dû être employée, quand les tissus étaient indurés et incapables de diminuer. Le traitement pour la 3e amygdale a été celui des végétations adénoïdes.

Les auteurs nous semblent avoir prêté au tissu adénoïde de la base de la langue une importance peut-être excessive à la genèse de ces lésions. Pour ce qui concerne les lésions de cette région, ayant fait l'examen laryngoscopique de tous les malades pendant un temps assez long passé à l'hôpital de Lourcine, nous avons très rarement vu cette altération. Quant à l'explication du début des ulcérations tertiaires par la face postérieure du voile du palais, elle nous semble risquée, faute d'examen anatomopathologique. A. G.

Kystes de la voûte du pharynx, par Raulin. (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1er septembre 1891.)

Les tumeurs étudiées par Raulin siègent à la région où se rencontrent les végétations adénoïdes, c'est chez les adultes entre 30 et 60 ans qu'on les rencontre le plus souvent; le sexe masculin est plus fréquemment atteint, et les professions sont très variables, les tumeurs sont de grosseurs très différentes, du volume d'un pois à celui d'une noix; l'enveloppe est transparente sans être aussi brillante que celle des myxômes du nez, et le contenu est un liquide visqueux, peu abondant, analogue à celui des kystes colloïdes. Les tissus sont subjectifs et objectifs. *Subjectifs:* ce sont les signes que tous les auteurs ont décrits dans l'étude des tumeurs du cavum pharyngien; névralgies très va-

Digitized by Google

riables, dyspnée, troubles vocaux ; *objectifs* : ce sont ceux fournis par la rhinoscopie postérieure et le toucher ; le diagnostic est à faire avec les tumeurs adénoïdes et les myxômes, tombant dans l'arrière-gorge ; le traitement varie suivant la grosseur de la tumeur, l'auteur recommande l'ouverture avec le galvanocautère, quand le kyste est peu volumineux, et l'arrachement avec un emporte-pièce, quand il est considérable. L'examen histologique d'une pièce extraite d'un de ses malades montre bien la nature kystique de l'affection. Cet examen a été fait par Nepveu.

L'origine de ces kystes est encore assez obscure. Raulin croit, d'après le résultat des recherches histologiques, que le tissu adénoïde peut en être l'origine dans certains cas, et dans d'autres cas des altérations glandulaires en seraient la cause. Dans le premier cas, le tissu adénoïde serait en contact presque direct avec le contenu du kyste; dans le second cas, il serait plus en dehors. Il pense que ces tumeurs, peu étudiées en France, sont beaucoup plus communes qu'on ne l'a décrit, et il s'appuie, indépendamment de ses recherches, sur celles de Tornwaldt. Ce serait, en un mot, la *réhabilitation* des recherches cliniques et anatomo-pathologiques du médecin de Dantzig, et pour notre part, nous serions disposé à croire que ce dernier ne se serait pas trompé avec autant de facilité que l'ont cru ceux qui l'ont critiqué dans son pays. A. G.

Angine œdémateuse suraiguë consécutive à une éruption salolée de cause interne, par Morel-Lavallée. (*Arch. internat. de laryngol.*, etc., mai-juin 1889, p. 140.)

Jeune femme syphilitique atteinte d'une suppuration du conduit auditif de cette cause avec surdité. Le Dr Hermet, consulté, prescrivit des lavages émollients et une insufflation de salol en poudre : 3 jours après fièvre, céphalalgie et vomissements, gonflement énorme du pavillon de l'oreille, de l'isthme du gosier et de la luette. Le Dr Brocq, appelé, opina pour l'existence d'accidents salolés. En trois ou quatre jours les accidents disparurent. L'auteur rappelle l'explication de Besnier sur la propriété du salol, *si bien toléré dans l'estomac*, de se dédoubler en ses deux composants si toxiques en présence des corps gras. A. G.

Un cas d'angine gangreneuse primitive, par Luzet. (*France médicale*, 10 avril 1891.)

L'auteur cite l'observation d'un jeune homme de 19 ans qui,

Digitized by Google

au bout de huit à dix jours d'un état maladif caractérisé surtout par un état adynamique extrêmement prononcé, fut pris d'une inflammation de la gorge qui revêtit rapidement les caractères physiques les plus inquiétants. L'amygdale droite était convertie entièrement en une tumeur d'aspect gangreneux, et la salivation était d'une fétidité excessive. Cette escharre tendait à envahir le voile du palais et s'étendait jusque près du larynx. Les tissus environnants étaient extrêmement pâles. Le malade eut du purpura et s'éteignit huit jours après son entrée à l'hôpital, avec une température de 39 à 40°. L'examen du sang fut fait avec le soin que comportent ces explorations, dans le service du professeur Hayem il y avait peu d'altérations globulaires, mais la couenne ne put se produire, comme cela s'observe dans les fièvres infectieuses. Le malade aurait pu être considéré comme atteint d'une fièvre typhoïde, mais l'examen anatomopathologique infirma cette hypothèse, qui du reste n'avait pas été admise pendant la vie du malade. A. G.

Angine diphthéroïde de la syphilis secondaire, par A. Robin et Deguéret. (*Gazette médicale de Paris*, 18 juillet 1891.)

Le travail actuel est basé sur trois observations; les auteurs nous font voir la rareté de l'aspect diphthéritique des syphilides de la gorge, et la difficulté que rencontre le diagnostic quand la température s'élève et lorsque les fausses membranes non seulement existent à la face antérieure du voile, mais aussi à la face postérieure du voile du palais. Enfin, les auteurs ont, conformément à l'opinion de Hauttement, qui a fait une thèse inaugurale sur ce sujet, constaté la tardivité de ce signe, qui se montre de six mois à un an après les accidents primitifs. Rien de particulier sur la thérapeutique. A. G.

Sur une variété de stomatite diphthéroïde à staphylocoques (*stomatite impétigineuse*, par Sevestre et Gastou. (*Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, séance du 26 juin 1891, p. 346.)

Les auteurs présentent à la Société un travail édifié d'après l'histoire de 10 cas de stomatite non propagée au voile du palais, caractérisée par le gonflement des parties malades recouvertes d'un exsudat très tenace (lèvres, joues, voûte palatine, langue). Ces lésions de la muqueuse se continuaient avec des lésions de peau, recouvertes de croûtes et fissures. Ces manifestations morbides survenant chez des enfants débiles, et quelquefois à la suite de la rougeole, ressemblaient étonnamment à des lésions diphthé-

Digitized by Google

ritiques et l'examen des fausses membranes a pu seulement caractériser la cause de leur production par l'existence du *staphylocoque aureus*, en grande quantité. Ces cas, disent les auteurs, sont rares, peu décrits et, faute d'examen bactériologique, difficiles à caractériser. J. Bergeron les avait observés déjà il y a longtemps, et tout récemment J. Comby avait décrit de semblables faits.

C'est encore là une page clinique du plus haut intérêt, et destinée à jeter un jour très vif sur l'étiologie des maladies pseudo-membraneuses. A. G.

Sur un cas de sarcome de l'isthme du gosier et du pharynx, par Hallopeau. (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 9 juillet 1891, et *Progrès médical*, 11 juillet 1891.)

Tumeurs fort rares et d'un diagnostic difficile au début; le diagnostic de divers observateurs a été très variable : syphilis, lupus, amygdalite ulcéro-membraneuse ou herpétique, rhinosclérome, tumeurs fibreuses bénignes, lymphadénomes, épithéliomes, maladie nouvelle. C'est avec le rhinosclérome que l'analogie est la plus grande : les deux amygdales dégénérées étaient excavées en forme de croissant à concavité interne; leur dureté était cartilagineuse. Jeanselme a montré par des recherches bactériologiques qu'il ne s'agissait pas de rhinosclérome, et les examens histologiques de Cornil et de Jeanselme ont permis de reconnaître le sarcome. A. G.

Papillome de la luette, par Potherat. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, mars 1891, p. 228.)

Tumeur d'aspect mûriforme observée chez une femme de 25 ans, ayant 2 centimètres de hauteur et 1 centimètre de base, appendue au bout de la luette et au bord libre du voile, se logeant facilement dans le pharynx et venant balayer la base de la langue, cause de fréquentes angines, mais ne déterminant ni nausées ni vomissements. La tumeur fut excisée facilement; mais l'auteur fait remarquer que les gargarismes ordonnés après cette opération sont inopportuns, car ils peuvent produire facilement des hémorragies. A. G.

Un cas d'œdème aigu de la luette, par L. Galliard. (*France médicale*, 12 juin 1891.)

L'auteur décrit deux cas de ce genre, dont un seul suivi par lui a duré dix jours environ. La luette était œdématiée à un tel

Digitized by Google

point qu'elle masquait les parties environnantes ; le malade, un jeune homme, n'avait ni dyspnée, ni dysphagie, il n'a pas de fièvre. On constata aussi un peu de tuméfaction des amygdales et des piliers. L'état du larynx n'est pas cité. A. G.

Urticaire de la gorge. Son diagnostic, par LAVERAN. (*Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, séance du 3 juillet 1891.)

Le Dr Laveran présente un malade de 30 ans qui, sujet depuis longtemps à des poussées d'urticaire, a eu brusquement de la dysphagie à son réveil; la luette était énorme, ainsi que les amygdales, enfin le malade a une plaque d'urticaire sur la langue et des plaques disséminées sur la peau. La marche de ces accidents était très rapide. D'autres membres de la Société : Moutard-Martin et Rendu, citent des cas analogues, et Sevestre et Labbé ont vu des faits pareils après l'ingestion de moules. A. G.

Un cas de pustules de la gorge, du pharynx, du nez et du larynx, par AUDUBERT. (*Revue de Laryngologie*, 15 avril 1891.)

L'auteur a observé à la clinique du Dr Moure, sur une femme de 52 ans qui, à la suite de causes morales, eut des migraines et en même temps une éruption qui s'étendit successivement du pharynx aux fosses nasales et au larynx, éruption superficielle et pemphigoïde. (Audubert n'emploie pas cette dernière dénomination). La peau fut aussi le siège de grandes pustules. Ces éruptions ne s'étendaient pas en profondeur. Après avoir discuté les différentes et nombreuses hypothèses diagnostiques que suggérait son cas, l'auteur crut devoir employer le traitement antisyphilitique et cela sans succès. L'éruption siégeait dans les fosses nasales, sur la cloison, au fond de la bouche près des grosses molaires, enfin au larynx, sur la corde vocale droite et à la face interne de l'aryténoïde du même côté sans grande altération de la voix, ni toux, ni douleur. A. G.

Phlegmon infectieux du pharynx, de l'œsophage et du larynx, mort, autopsie, par SAUVINEAU. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1891, p. 105.)

Le malade, homme de 53 ans, est entré à l'hôpital huit jours avant le début des accidents qui a été constitué par de la dysphagie; l'état actuel : gonflement et induration des régions sous-maxillaires et gonflement du pharynx, de la luette et des amygdales qui présentent des petits abcès miliaires, pas de collection rétro-pharyngienne. Les troubles laryngiens surviennent le jour

Digitized by Google

même (*mais malgré la facilité avec laquelle le malade ouvre la bouche, on ne tenta aucun examen laryngoscopique*), le malade succomba le lendemain. *A l'autopsie*, on constata de la suppuration diffuse et non collectée sous-musculaire, ainsi que de toutes les couches pharyngiennes, et des parties les plus superficielles de la muqueuse laryngienne; en dehors du pharynx, autour des amygdales et de la partie supérieure de l'œsophage on trouve aussi du pus en petite quantité. L'examen bactériologique du pus révéla la présence de nombreuses chaînettes et colonies de streptocoques et de staphylocoques blancs. A. G.

Angine infectieuse, paralysie du nerf phrénique et du pneumo-gastrique, guérison, par H. Rendu. (*Société médicale des hôpitaux*, 28 mai 1891, p. 250 *des Bulletins*.)

Ce que Rendu appelle une angine infectieuse était un petit abcès rétrolaryngien qui finit par s'ouvrir, après avoir donné naissance à des symptômes inquiétants au bout de cinq jours de maladie. L'examen laryngoscopique ne fut pas pratiqué, il aurait pu révéler le siège exact de l'abcès dès le début de l'affection. L'intérêt de cette observation est dans l'apparition de troubles graves de la respiration et de la circulation, que l'auteur attribue avec raison au caractère infectieux de l'angine. A. G.

Angine à pneumocoques, par H. Rendu et Boulloche. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 21 mai 1891, p. 219.)

Les auteurs citent deux cas d'angine érythémateuse du voile du palais et des amygdales pour le premier et du voile, des amygdales et du pharynx pour le deuxième, contractés dans un milieu pneumonique et dans lesquels l'état général très grave était hors de proportion avec la lésion du gosier. A propos de cette présentation, Netter cite plusieurs types d'angines pneumococciques : un type suppuré, un type pseudo-membraneux (*tous deux hors de contestation*), un type folliculaire et enfin un type inflammatoire, érythémateux (*ce dernier décrit par Rendu*) ces deux derniers types très vraisemblables, doivent être accueillis avec réserve. A. G.

Angine streptococcique, fusée purulente rétro-pharyng-œsophagienne s'ouvrant dans la plèvre droite, pleurésie purulente, empyème, mort, par V. Hanot. (*Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1891, p. 232.)

La malade, jeune femme de 19 ans, entra à l'hôpital 15 jours

Digitized by Google

après le début de la maladie et atteinte de pleurésie purulente contenant des streptocoques. Cette maladie débuta par une angine violente du voile du palais et des amygdales. La malade succomba six semaines après son entrée à l'hôpital. On trouva à l'autopsie des petits abcès de l'amygdale contenant des streptocoques et une fusée rétro-pharyngienne œsophagienne, cause de la pleurésie purulente : Le larynx n'était pas intéressé contrairement à ce qui a lieu presque toujours en pareil cas ; aussi la malade n'eut-elle pas d'accidents de suffocation. A. G.

Diphthérie et créosote. Médication préventive de la broncho-pneumonie après la trachéotomie, par SOUPAULT. (*Revue des maladies de l'enfance*, septembre 1891.)

L'auteur, interne d'un hôpital d'enfants (hôpital Trousseau), étudie dans ce mémoire la pratique de son maître Legroux sur les résultats heureux de l'administration de la créosote chez les petits diphthéritiques, soit avant, soit après la trachéotomie. Les recherches cliniques lui semblent avoir démontré qu'il est possible de guérir une broncho-pneumonie après l'opération, et les statistiques comparatives lui auraient fourni la preuve de l'efficacité de la méthode en général. L'auteur aurait eu près de la moitié de guérisons. Voici la formule de la médication : glycérine, 500 grammes ; rhum, 100 grammes ; créosote de hêtre pure, 10 grammes ; ce qui fait 0,30 de créosote par cuillerée à soupe ; dose chez les enfants malades, 2 à 6 cuillerées à soupe, suivant l'âge. Le traitement réussira d'autant mieux qu'il aura été appliqué avant la trachéotomie. A. G.

Diphthérie du pigeon, par P. MÉGNIN. (*Société de biologie*, séance du 18 juillet 1891 ; *Bulletins*, p. 593.)

L'auteur, consulté par un éleveur de pigeons qui perdait invariablement tous ses pigeonneaux, quelque soin qu'il eût de désinfecter son pigeonnier, vit, à l'autopsie, des plaques épaisses blanchâtres dans l'œsophage ou le jabot qui empêchaient les aliments de descendre. Il découvrit que les parents étaient les auteurs de cette contagion en mêlant les aliments au moment du gavage au produit de petits grains, situés sous la muqueuse œsophagienne, que dans l'origine il prenait pour des follicules hypertrophiés. Mégnin trouva dans ces follicules ou tubercules le bacille caractéristique de la diphthérie, petit, lisse, à extrémité arrondie.

Cette forme de la diphthérie chez les pigeons adultes semble

Digitized by Google

compatible avec une bonne santé, et quelquefois ces tumeurs, en grossissant, font saillie au-dessous de la peau et peuvent s'éliminer spontanément.

Aussi faut-il sacrifier ces oiseaux quand leurs petits meurent constamment de la diphthérie. A. G.

Note sur la diphthérie aviaire; ses rapports avec la diphthérie humaine, par P. Haushalter. (*Revue médicale de l'Est*, 15 mai 1891.)

Étude expérimentale sur le mode de contagion de la diphthérie aviaire chez les oiseaux de basse-cour, de ces oiseaux à divers animaux, et la morphologie comparée du bacille aviaire et du bacille humain. Ce mode de contagion paraît s'exercer à la suite de l'altération de la muqueuse buccale; la maladie qui en est la suite semble être bénigne et de longue durée, sauf des cas assez rares. (*Nous ne parlons, bien entendu, que de l'altération expérimentale.*) La contagion ne s'exerce que d'une manière exceptionnelle chez certains quadrupèdes (chat, cobaye, lapin); le bacille aviaire ne ressemble pas au bacille humain, il n'est pas renflé aux extrémités, et ce dernier s'inocule assez facilement aux animaux qui sont réfractaires au bacille aviaire. Pourtant, il est incontestable que la diphthérie aviaire s'est propagée à l'homme, mais moins souvent qu'on ne l'a prétendu. Y a-t-il transformation en passant d'un terrain à l'autre, c'est là une question qui, actuellement, ne peut être résolue que par l'expérimentation. A. G.

Recherches sur le traitement de l'angine diphthéritique par les injections interstitielles dans les amygdales, le voile du palais et les ganglions du cou, par Nepveu. (*Mémoires de la Société de biologie*, 9e série, t. III, 1891, p. 356.)

L'auteur a constaté les heureux effets des injections interstitielles de sublimé (3 à 4 gouttes d'une solution à 1 0/0) dans les amygdales et les ganglions du cou : il recommande aussi de ne pas faire de frictions trop violentes et de se contenter de lavages fréquents (toutes les demi-heures). Il ajoute aussi le récit d'expériences comparatives sur le degré d'antisepsie de divers liquides, et c'est au sublimé que l'expérimentation lui a permis de donner la préférence. A. G.

Angine couenneuse traitée et guérie par les injections sous-

Digitized by Google

cutanées de pilocarpine, par E. Vialle. (*Actualité médicale*, 15 mai 1891.)

L'auteur cite le cas d'une enfant de 10 ans atteinte d'une angine couenneuse et dont la maladie dura une dizaine de jours environ, bien que ces injections (*dose de 1 centigramme de nitr. de pilocarpine*) aient été faites dès le début, et chez laquelle le traitement local fut appliqué avec rigueur. L'auteur suppose que le traitement amena la guérison, ce qui n'est pas prouvé, en raison de sa longue durée, et il croit pouvoir affirmer que le larynx a été épargné par suite de cette médication. A. G.

De la conduite à tenir dans le traitement de l'angine couenneuse, par Eloy. (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, nos 26, 27 et 29, 1891.)

Dans plusieurs longs articles, notre confrère et ami le Dr Éloy présente non seulement les diverses méthodes des auteurs les plus connus, mais il indique minutieusement, d'après son expérience personnelle, les médications les plus favorables et la manière de les employer. Cette étude est faite avec la rigueur la plus recommandable et mérite d'être lue intégralement. A. G.

Le champignon du muguet, par P. Achalme. (*Gaz. des hôpitaux*, 25 avril 1891.)

Le muguet est une affection très commune, à propos de laquelle, et presque jusqu'à ce jour, nous avons accepté des idées aussi classiques qu'erronées. Ces erreurs apparaissent dans toutes les parties de la pathologie du muguet, description, pathogénie, évolution, anatomie pathologique, clinique et thérapeutique.

La description de Robin, état adulte ou mycélium et spores, n'est plus admise actuellement, cette différence de forme n'impliquant pas un ordre d'évolution.

Le milieu de culture est important à considérer au point de vue de la bonne description du parasite; ce sont les milieux solides qui doivent être préférés, et le meilleur, d'après Roux, serait la carotte cuite stérilisée en tubes; dans les milieux liquides, le champignon a une tendance à tomber au fond et le développement est incomplet, en raison de l'avidité du muguet pour l'oxygène. L'examen microscopique du muguet préparé dans ces conditions démontre que le bourgeonnement ou la scissiparité directe est l'unique mode de développement, qui ne

Digitized by Google

se produit jamais par sporulation. L'oxygène est indispensable à l'existence du muguet. Enfin, le milieu de développement n'est pas nécessairement acide comme le pensait Gubler. Les milieux alcalins ont donné sous ce rapport des résultats bien plus favorables. Pourtant il est incontestable que le milieu où se développe le muguet est acide, mais il est produit par l'alimentation lactée qui crée, par une fermentation préalable, un excellent terrain de culture pour le muguet et un très mauvais terrain pour les autres parasites de la bouche. Ce n'est donc pas le muguet qui crée l'acidité de la bouche ni la stomatite érythémateuse du début.

C'est presque toujours à la faveur d'un mauvais état général que se développe le parasite; c'est une observation admise par presque tout le monde.

Suit ensuite la description clinique des diverses localisations, bouche, pharynx, œsophage, larynx, bronches, estomac, intestin, cœur, sein, organes génitaux (*à cause du sucre*).

L'anatomie pathologique montre des altérations qui ne sont pas toujours à la surface, et l'existence du mycélium dans la profondeur et des spores au-dessus; enfin des recherches récentes ont montré la pénétration possible du parasite dans les vaisseaux, d'où son transport à certains organes, *le rein surtout.*

Les conséquences thérapeutiques sont que les alcalins ne doivent pas être employés, comme on le faisait généralement, car s'ils agissent quelquefois, ce n'est pas au titre chimique que l'on croyait : il faut donner la préférence aux antiseptiques maniables tels que l'acide borique ou le sublimé à des doses très faibles. A. G.

Note préliminaire sur les effets physiologiques du suc extrait de la glande thyroïde, par E. Gley. (*Bulletin de la Société de biologie*, p. 250, avril 1891.)

Ce travail est le récit d'expériences faites avec ce suc sur des animaux sains et des animaux thyroïdectomisés. Chez les premiers, rien de caractéristique n'a été observé, mais chez les seconds quand il eut injecté ce liquide, légèrement étendu d'eau, vingt-quatre heures après la thyroïdectomie, Gley vit les accidents consécutifs à cette opération, marche titubante, contraction violente de tous les muscles, polypnée, disparaître au bout de quelques minutes. Ces accidents, réapparaissant après vingt-quatre heures, étaient dissipés par une autre injection. L'auteur

Digitized by Google

fait remarquer que les injections ne doivent pas être faites trop tardivement et qu'elles peuvent être faites avec les sucs de corps thyroïdes d'animaux différents. A. G.

Sur la toxicité des urines des chiens thyroïdectomisés, contributions à l'étude des fonctions du corps thyroïde, par E. Gley. (*Bulletin de la Société de biologie*, p. 366, 1891.)

L'auteur a répété les expériences de Laulanié sur ce sujet, et il lui a semblé que les urines d'un chien thyroïdectomisé n'étaient pas aussi toxiques que cet auteur l'avait affirmé ; en tout cas, cette toxicité ne se développe que peu à peu et Gley croit qu'elle est surtout l'effet des troubles profonds de la digestion causés par cette opération ; il compare alors l'effet obtenu à celui que l'on constate à la suite des injections d'urine d'animaux inanitiés. A. G.

Nouveaux faits pouvant servir à la détermination du rôle des corps thyroïdes, par Laulanié. (*Bulletin de la Société de biologie*, 15 mai 1891.)

L'auteur fait dans ce travail expérimental l'étude des causes qui provoquent les accidents consécutifs à la thyroïdectomie totale. La théorie vaso-motrice et la théorie hémato-poiétique lui semblent insoutenables, il adopte pour cette explication la théorie qu'il appelle sécrétoire; il croit à une intoxication du sang qui lui semble démontrée par les résultats des injections d'urine avant et après l'opération ; la résorption de la bile lui paraît jouer dans ces cas un rôle prédominant qu'il cherche à prouver par l'examen des organes intestinaux qui sont remplis de cette sécrétion et par les lésions graves du foie et des reins; dans le foie il se produit une injection de sang extraordinaire suivie de destruction de cellules hépatiques ; dans le rein, il a constaté une dégénérescence graisseuse très étendue de la substance médullaire. A. G.

Innocuité de l'ablation du corps thyroïde et de la cause des accidents graves de la thyroïdectomie, par Arthaud et Magon. (*Bulletin de la Société de biologie*, 9 juillet 1891, p. 548.)

Les expériences ont porté sur 7 animaux, 4 chiens, 2 lapins et 1 cobaye.

Trois chiens sur quatre ont succombé, et un lapin sur deux, le cobaye a survécu. Les accidents auxquels ont succombé ces animaux, lésions graves du foie, des reins, des poumons et

Digitized by Google

troubles nerveux ont pour cause, d'après les auteurs, une altération très sérieuse des *nerfs vagues* qui baignaient dans la suppuration et étaient très altérés. Chez ceux dont la plaie a guéri sans cette complication, la survie a été très longue et indéterminée. A. G.

Expériences sur la thyroïdectomie double, par QUINQUAUD. (*Bulletin de la Société de biologie*, 9 juillet 1891, p. 550.)

Onze chiens ont été opérés. La survie a été de 4 jours à 23 jours dans 9 cas, et de 4 mois à 18 mois dans les deux autres. Les deux derniers ont succombé sans présenter les altérations notées à la suite de l'opération. Quant aux autres, ils ont présenté des altérations très variables qui on été décrites à la suite de cette opération. A. G.

Effets de l'extirpation du corps thyroïde, par E. GLEY. (*Bulletins de la Société de biologie*, 9 juillet 1891, p. 55.)

Discussion des résultats des expériences des précédents auteurs, qui, pour Gley, sont sujettes à deux objections : la première, l'interprétation de la cause nerveuse, lésion du nerf récurrent, est très contestable; déjà présentée par d'autres expérimentateurs, cette explication a été réfutée et abandonnée; la deuxième, plus grave, est dans l'absence de recherche des glandes thyroïdes accessoires. A. G.

Épithélioma du corps thyroïde, examen anatomo-pathologique, par A.-H. PILLIET. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 56e année, 5e série, t. 5, p. 268.)

Ce qui intéressera nos lecteurs dans cette description, c'est l'état de certaines parties de cette tumeur après l'emploi des injections interstitielles de teinture d'iode. Chacune de ces injections avait formé des foyers étendus, grisâtres, dans lesquels on retrouve la trace de nombreuses hémorragies. Tous les tissus sont mortifiés et ni les travées conjonctives ni les cellules épithéliales ne fixent plus les réactifs dans les foyers. Il n'existe aucune trace de réaction ni d'accumulation de leucocytes à leur périphérie ou dans leur épaisseur; d'où l'on peut conclure à la tolérance absolue de la tumeur et à l'absence de suppuration; à leur voisinage, l'épithélioma est aussi végétant et aussi actif qu'ailleurs. A. G.

Épithéliome kystique du corps thyroïde, par A. PILLIET. (*Bulletin de la Soc. anatomique de Paris*, juin 1891, p. 357.)

L'auteur rapporte l'histoire d'un vieillard de 74 ans, qui suc-

Digitized by Google

comba, ayant une tumeur du corps thyroïde datant de 10 ans, et qu'à l'autopsie on trouva être constituée surtout par de l'épithéliome diffus et embryonnaire. Malgré cette forme maligne, il n'y eut pas de généralisation rapide de l'affection, il pense que cette anomalie est causée par l'enkystement de la tumeur. De plus, l'épithéliome serait ici le dernier stade d'une série de lésions, telles que la sclérose, l'adénome vrai, et l'épithéliome vrai. Ces différents états ne seraient que les différents anneaux d'une même chaîne. Cette vue c'est déjà trouvée confirmée par l'examen de l'épithéliome rénal, hépathique et de la glande surrénale.

A. G.

Thyroïdite à pneumocoques, par Gérard Marchant. (*Arch. intern. de laryng. de rhinol et d'otologie*, mai-juin 1891, p. 129.)

Femme de 67 ans, atteinte de 18 à 29 ans d'un goitre qui disparut au moment de la ménopause. En janvier 1891, atteinte d'une pneumonie, en février, atteinte d'une tumeur cervicale au niveau de la glande thyroïde et qu'un examen attentif fit reconnaître dépendant de cette glande. La malade entre en mars dans le service de Marchant. Le diagnostic un peu délicat entre une tumeur maligne et un abcès fut éclairé par la ponction.

Le pus verdâtre est recueilli avec soin dans une éprouvette, 99 gouttes sont retirées avec les précautions antiseptiques et examinées directement et après culture dans le bouillon peptonisé et l'agar-agar. Dans chaque préparation on trouve le pneumocoque, et l'inoculation aux souris confirme plus amplement la nature de l'abcès. A. G.

Rapports du goitre simple avec la maladie de Basedow, par J. Bruhl. (*Gaz. des hôp.*, 25 juin 1891.)

L'auteur, élève du professeur Debove, dans le service duquel il a observé ce fait, cite préalablement les observations de Lamy et celles de Lasvènes (*Thèse de Paris*, 1891) puis rapporte l'observation qui prétexte ce travail; la malade, âgée de 60 ans, avait son goitre depuis vingt ans, elle est incontestablement très névropathe : depuis deux ou trois ans, les symptômes du goitre exophthalmique se sont produits : l'exophthalmie, les palpitations, enfin, la dyspnée; cette femme, au moment de l'observation avait des symptômes graves d'affection cardiaque : sous l'influence du traitement, le goitre diminuait, puis l'exophthalmie, enfin, les palpitations; mais la mort survint dans l'état de cachexie cardiaque. Le goitre, examiné à l'autopsie, ne présente

Digitized by Google

plus d'autre altération que celle d'une vieille tumeur parenchymateuse sans vascularisation particulière. Nous ne rappellerons pas les autres détails de l'autopsie qui n'ont rien présenté de particulier au point de vue de la maladie de Basedow. L'auteur conclut, en présence de l'éventualité de cette complication, à la thyroïdectomie. A. G.

Du goitre suffocant, par Potain. (*Bulletin méd.*, 24 juin 1891.)

Le professeur Potain a fait, à ce sujet, une leçon clinique à la Charité. Il s'agissait d'une femme qui, à la suite de grossesses successives, fut atteinte de gonflement du corps thyroïde qui disparaissait chaque fois avec la cause. Sous l'influence d'une vive émotion apparurent des accès d'oppression qui ne rétrocédèrent plus. La malade avait les signes d'une compression permanente de la trachée et d'une tumeur du médiastin supérieur et antérieur; quand on faisait tendre le cou et la tête, on faisait saillir la tumeur thyroïdienne, cause de ces accidents; mais, dès que survenaient des accès de dyspnée, la tumeur s'enfonçait davantage et venait comprimer la trachée; les efforts d'inspiration, en dehors des accès, augmentaient la dyspnée. Aucun appareil de prothèse ne peut soutenir le corps thyroïde et l'empêcher de comprimer la trachée, car cette variété de goitre, par sa petite taille, sa situation profonde, est d'un accès difficile à cette sorte de traitement. La thyroïdectomie semble au professeur le seul remède efficace. A. G.

Malformation de l'œsophage, fistule œsophago-trachéale, congénitale, par Grandou. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1891, p. 71.)

Enfant nouveau-né chez lequel l'ingestion du lait ne pouvait se faire sans déterminer des vomissements et de l'asphyxie, la sonde œsophagienne ne pouvait passer. A l'autopsie, imperforation de l'œsophage à la partie supérieure au-dessous du cartilage cricoïde, puis cordon sans communication avec la partie supérieure du conduit, mais une injection pratiquée de bas en haut par l'œsophage permettait de voir une communication entre le conduit et la trachée. A. G.

Œsophage perforé par une épingle. Mort par infection purulente, par Dagron. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1891, p. 11.)

Six semaines après la déglutition du corps étranger, le ma-

Digitized by Google

lade ressentit les premiers accidents; douleur profonde de la gorge et frissons. Des abcès se formèrent à la partie supérieure du cou et furent ouverts sans amélioration. Le malade succomba après cinq à six jours de maladie, et, à l'autopsie, on trouva le corps du délit, *une épingle d'acier qui avait perforé l'œsophage et traversé un ganglion péritrachéal* qui s'était hypertrophié et abcédé, d'où l'origine des accidents. A. G.

Observations de gastrostomie, par F. Terrier et Louis. (*Revue de chirurgie*, avril 1891.)

Les auteurs rapportent cinq nouvelles observations de gastrostomie dans le cas de cancer de l'œsophage; ils tirent de leur pratique la conclusion suivante : l'opération faite en un temps par la méthode de Terrier, déjà rapportée dans ce recueil en 1891, est facile, bien tolérée par les malades et guérit assez rapidement, en faisant l'ouverture stomacale petite et en ne mettant pas d'obturateur dans la fistule on diminue les chances de sortie du suc gastrique; enfin, en faisant cette ouverture près du pylore, on rend encore plus difficile cette sortie du suc gastrique. Malheureusement le résultat de cette opération n'est pas brillant, les malades succombant rapidement. A. G.

Note sur la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage, par H. Hartmann. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1891, p. 117.)

La malade, une femme de 59 ans, survécut vingt jours. L'opération exécutée par Hartmann, élève de F. Terrier, en un temps, par la méthode de son maître, réussit très bien, mais malheureusement, dans ce cas, comme dans tous les autres (*sauf un seul*), la survie n'a jamais été longue. La gastrostomie n'est pas destinée à donner de brillants résultats dans le traitement du cancer de l'œsophage. A. G.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Lésions syphilitiques de l'antre d'Highmore, par P. Smurra. (*Archiv. internat. delle Specialita med. chir.*, 1er juillet 1891, in *Medecine moderne*, 12 novembre 1891.)

La *Médecine moderne* analyse longuement ce mémoire, et

Digitized by Google

cette lecture n'a pas entraîné notre conviction sur la réalité du siège de cette lésion syphilitique. Pour affirmer cette localisation, l'auteur se contente d'une tuméfaction de la fosse canine, de la joue, de la muqueuse palatine et du passage du pus quand on appuie sur cette dernière à travers l'alvéole d'une dent disparue. Il n'est pas question de l'examen rhinoscopique antérieur; la rhinoscopie postérieure, qui aurait été pratiquée, n'a point donné les signes caractéristiques d'une lésion du sinus maxillaire; l'exploration de ce sinus n'a pas été faite par les moyens classiques habituels. En un mot, les deux observations qui font l'objet de ce mémoire me paraissent avoir établi une localisation très douteuse. Si j'ai discuté ce point, c'est en raison de la rareté extrême d'une affection de cette nature dans le sinus maxillaire. Nous admettons volontiers une syphilis du maxillaire supérieur, mais nous contestons la localisation qui fait le titre de l'observation. A. G.

Un cas de rhinolithe, par Schiffers. (*Annales de la Soc. méd. chir. de Liège*, p. 393, novembre 1891.)

Le rhinolithe a été observé chez une femme de 40 ans ; le calcul extrait en deux séances avec des instruments lithothriteurs était fort dur; il existait aussi plusieurs myxomes. Le nez était largement dilaté, et ses parois tapissées d'une couche épaisse et molle de masse blanchâtre qui fut expulsée facilement par une irrigation. L'affection existait depuis de nombreux mois et avait déformé le nez et produit une saillie au niveau du sinus droit. Signe : obstruction nasale, fétidité, céphalalgie, goût et odorat abolis. Après l'opération, guérison complète. A. G.

Angine de Ludwig, par Schiffers. (*Gazette médicale de Liège*, jeudi 6 août 1891.)

Notre collaborateur et ami, le professeur Schiffers, publie sur ce sujet une leçon clinique faite par lui à l'Université de Liège à propos d'un cas consécutif à une fièvre typhoïde. Le malade, arrivé aux dernières limites de l'amaigrissement, menacé de suffocation, dut son salut à l'évacuation du pus, provoquée par une opération sur la région hyoïdienne. L'auteur critique le nom d'angine, qui lui semble mauvais, comme à tous ceux qui ont écrit sur ce sujet, et il propose de lui donner la dénomination de *maladie de Ludwig*. Cette inflammation du plancher de la bouche et de toute la région sus-hyoïdienne est

Digitized by Google

la suite de concours très nombreux : maladies générales, ou affections buccales réagissant sur les ganglions, mais à condition que la muqueuse buccale soit traumatisée de manière à laisser passer les microbes divers générateurs du pus. C'est une opinion qui semble actuellement admise par tout le monde, en raison du caractère infectieux de la maladie, et qui nous semble avoir été surtout défendue, pour la première fois, par notre collaborateur, P. Tissier, dans une étude faite sur ce sujet, en 1886, dans le *Progrès médical*. Schiffers décrit ensuite les caractères de l'affection, sa tendance, au début du moins, à l'unilatéralité et ses complications. Dans le traitement, il recommande la glace, les émissions sanguines, les injections interstitielles d'acide phénique à 2 0/0; le traitement intérieur devra être le plus tonique possible, et l'intervention chirurgicale devra être faite avec vigueur sitôt qu'on le pourra. A. G.

Corps étranger de l'œsophage, par Schiffers. (*Annales de la Soc. médico-chir. de Liège*, p. 392, novembre 1891.)

L'auteur cite le cas d'un corps étranger (pièce de 2 francs), qui détermina de la dysphagie et une angoisse sérieuse; on le reconnaissait à la palpation, mais on ne pouvait le voir. Le malade prit de la purée de pomme de terre et, le lendemain, de l'huile de ricin. Quatre jours après, le corps étranger fut expulsé. L'auteur, à propos de ce cas, condamne la pratique des vomitifs et recommande l'œsophagotomie externe quand le corps étranger est aigu et irrégulier. A. G.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

AMÉRIQUE

Nez.

Neurasthénie et névralgies consécutives à des traumatismes du nez, par W.-F. Chappell. (*N. Y. Acad. of Med.*, séance du 22 avril, in *N. Y. med. Journ.*, 28 juin 1890.)

Corps étranger ayant séjourné pendant vingt-cinq ans dans le nez, par Major. (*Med. chir. Soc. of Montreal*, séance du 16 mai, in *N. Y. med. Journ.*, 28 juin 1890.)

Traitement pour la cure radicale des polypes du nez, par E. Harrison Griffin. (*N. Y. med. Rec.*, 28 juin 1890.)

Anosmie, par J.-E. Rhodes. (*Illinois State med. Soc.*, 8 mai, in *N. Y. med. Rec.*, 5 juillet 1890.)

Digitized by Google

Végétations adénoïdes du pharynx nasal, par W.-E. Casselberry. (*Illinois State med. Soc.*, 8 mai, in *N. Y. med. Rec.*, 5 juillet 1890.)

Relation des affections des voies aériennes supérieures avec les réflexes du nez, par F.-H. Bosworth. (*N. Y. Acad. of Med.*, 1er mai, in *N. Y. med. Journ.*, 5 juillet 1890.)

Résection sous-muqueuse du cartilage dans les déviations de la cloison nasale. Nouvelle opération, par J.-B. Roberts. (*Weekly med. Review*, 5 juillet 1890.)

Hypertrophies de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs du nez, par R. Cholewa. (*Arch. of Otology*, nos 2 et 3, 1890.)

Un cure-dent dans le nez, par Hardie. (*North America Pract.*, juin 1890.)

Tumeurs de la cloison nasale, par F.-H. Hooper. (*Journ. of the respiratory Organs*, avril 1890.)

Etiologie et traitement du myxome nasal, par W.-C. Jarvis. (*Journ. of the respiratory Organs*, avril 1890.)

Anatomie du nez, par R.-C. Myles. (*Journ. of the respiratory Organs*, avril 1890.)

Importance du traitement préliminaire de la membrane muqueuse nasale avant de pratiquer les opérations, par C. Seiler. (Sect. d'Otol. et Laryng. *Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 21 mai 1890.)

Importance des moyens chirurgicaux appliqués au naso-pharynx pour le traitement du catarrhe naso-pharyngien et de l'oreille moyenne, par C.-M. Richardson. (Section d'Otol. et laryng. *Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 21 mai 1890.)

Hypertrophie lymphoïde de la voûte du pharynx, par J. Wright. (Sect. d'Otol. et Laryng. *Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 21 mai 1890.)

Note sur les hémorrhagies nasales, par F.-H. Potter. (Sect. d'Otol. et Laryng. *Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 21 mai 1890.)

Dislocation du cartilage triangulaire. Opération pour sa guérison, par W.-A. Dunn. (*Journ. of Ophthal. Otol. and Lar.*, juillet 1890.)

Traitement chirurgical des affections nasales, par W.-E. Green. (*Journ. of Ophth. Otol. and Laryng.*, juillet 1890.)

Un cas de rhinite membraneuse, par I. Cownsend. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, juillet 1890.)

Relation des affections nasales et des troubles oculaires, par E.-J. Bissell. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, juillet 1890.)

Deux cas de rhinosclérome, par W. Robertson. (*The Satellite of the Annual of the univ. med. Sc.*, juillet 1890.)

Suppuration de l'antre d'Highmore, par Moreau R. Brown. (*N. Y. med. Journ.*, 19 juillet 1890.)

Concrétion nasale, par W.-W. Parker. (*Richmond, Acad. of Med.*, 27 mai, in *N. Y. med. Journ.*, 19 juillet 1890.)

Tic douloureux résultant d'une exostose du septum nasal, par E.-M. Gillian. (*N. Y. med. Rec.*, 9 août 1890.)

Deux cas d'hydrorrhée nasale, par T. Melville Hardie, avec un complément sur les symptômes oculaires, par Casey A. Wood. (*N. Y. med. Journ.*, 6 septembre 1890.)

De l'emploi renouvelé de la douche nasale et des procédés similaires, par A.-H. Buck. (*N. Y. med. Rec.*, 6 septembre 1890.)

Hypertrophie des cornets du nez et ses conséquences, par C.-R. Weed. (*N. Y. med. Journ.*, 30 août 1890.)

Traitement chirurgical de l'hypertrophie des cornets postérieurs, par A.-E. Prince. (*N. Y. med. Journ.*, 30 août 1890.)

Nouvelle pince naso-pharyngienne, par F.-E. Raynor. (*N. Y. med. Journ.*, 30 août 1890.)

Un cas de cautérisation électrique du cornet moyen, suivi de méningite, par F.-J. Quinlan. (*N. Y. med. Rec.*, 13 septembre 1890.)

Traitement chirurgical de l'hypertrophie des cornets postérieurs, par W. Peyre Porcher. (*N. Y. med. Rec.*, 27 septembre 1890.)

Digitized by Google

Une simple substitution à la canule de Bellocq et aux autres méthodes pour contrôler l'épistaxis, par W.-W. Parker. (*N. Y. med. Rec.*, 4 octobre 1890.)

Coup d'œil au-delà du nez, par S. Solis Cohen. (*N. Y. med. Journ.*, 27 septembre 1890.)

Un cas de myxome naso-pharyngien chez un enfant de six ans, par A.-W. Mac Coy. (*N. Y. med. Journ.*, 27 septembre 1890.)

Un cas de fibro-sarcome de la fosse nasale droite, avec une histoire clinique inusitée, par C.-H. Knight. (*N. Y. med. Journ.*, 27 septembre 1890.)

Tissu adénoïde du naso-pharynx et du pharynx. Communication préliminaire, par H.-L. Swain. (*N. Y. med. Journ.*, 20 septembre 1890.)

Quelques nouveaux instruments coupants pour le nez, par A.-T. Veeder. (*N. Y. med. Journ.*, 20 septembre 1890.)

Relation des affections naso-pharygiennes avec le catarrhe de l'oreille moyenne, par Emmet Welsh. (*Amer. rhin. Ass., Louisville*, 6 octobre, et *Weekly med. Review*, 8 novembre 1890.)

Cautérisations nasales, par E.-R. Lewis. (*Amer. rhin. Ass., Louisville*, 7 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Manifestations nasales et pharyngées de la syphilis, résultats et traitement, par J.-G. Carpenter. (*Amer. rhin. Ass. Louisville*, 7 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Hypertrophies nasales, par J. North (*Amer. rhin. Ass., Louisville*, 7 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Administration de la morphine par le nez, par C.-H. von Klein. (*Amer. rhin. Ass., Louisville*, 7 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Réflexes du nez, par A.-B Trasher. (*Amer. rhin. Ass., Louisville*, 7 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Curette pour l'ablation des végétations adénoïdes, par E. Holden. (*N. Y. med. Rec.*, 8 novembre 1890.)

Toux d'origine nasale, par A.-B. Trasher. (*Weekly med. Review*, 1er novembre 1890.)

Trois observations de fibromes du nez et du naso-pharynx, par I.-K. Merrick. (*Med. and chir. State faculty of Maryland, Cambridge*, 11 novembre, in *N. Y. med. Rec.*, 29 novembre 1890.)

Obstruction rétro-nasale chez les enfants, par J.-N. Mackenzie. (*Med. and chir. State faculty of Maryland, Cambridge*, 11 novembre, in *N. Y. med. Rec.*, 29 novembre 1890.)

Discours du président de la Société de Rhinologie américaine à Louisville-Ky, le 8 octobre, par A.-G. Hobbs. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, décembre 1890.)

Epithélioma du nez, par I.-H. Hance. (*N. Y. Acad. of Med.*, 10 novembre, in *N. Y med. Journ.*, 13 décembre 1890.)

Une nouvelle opération pour les déviations de la cloison nasale. Observations, par M.-J. Ash. (*N. Y. med. Journ.*, 20 décembre 1890.)

Comment prevenir la « hay-fever », par A. Rixa. (*Therap. Gazette*, 15 janvier 1891.)

Manifestations nasales et pharyngées de la syphilis, résultats et traitement, par J.-G. Carpenter. (*Weekly med. Review*, 10 janvier 1891.)

La route de l'air respiré à travers le nez, par R. Kayser. (*Arch. of Otology*, janvier 1891.)

Le cautère electrique en chirurgie, et spécialement de son emploi dans le nez, la bouche et la gorge, par D.-H. Goodwillie. (*Med. Soc. of the State of N. Y.*, in *N. Y, med. Rec.*, 7 février 1891.)

Indications thérapeutiques et cliniques des affections du nez, de la gorge et du larynx, par J.-A. Terry. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, janvier 1891.)

Douche nasale modifiée, par F.-B. Kellogg. (*Journ. of Ophth. Otol. and. Lar.*, janvier 1891.)

Digitized by Google

L'action des remèdes dans les affections du nez et de la gorge, par J.-B. Garrison. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, janvier 1891.)

Catarrhe nasal fétide, par H. Worthington Paige. (*Journ. of Ophth. Otol. and. Lar.*, janvier 1891.)

Expériences sur l'emploi de l'acide trichloracétique dans 200 cas d'affections du nez et de la gorge, avec démonstration d'instruments, par J.-W. Gleitsmann. (*N. Y. med. Rec.*, 14 mars 1891.)

Quelques points de la thérapeutique locale des affections du nez et de la gorge, par Wendell C. Phillips. (*N. Y. med. Rec.*, 11 avril 1891.)

Inflammation du sinus frontal gauche, par L. Bauer. (*Saint-Louis Med. and surg. Journ.*, avril 1891.)

Accidents dus à l'emploi de la douche nasale, par Bremer. (*Saint-Louis med. Soc.*, 28 février, in *Saint-Louis Med. and surg. Journ.*, avril 1891.)

Ligature simultanée des deux carotides externes pour un myxosarcome du naso-pharynx, par Bryant. (*N. Y. surg. Soc.*, 28 février, in *N. Y. med. Journ.*, 11 avril 1891.)

Opération de Rouge pour l'ablation d'un séquestre nasal, par E.-H. Knight. (*Med. News*, 3 janvier 1891.)

Lupus du nez et de la gorge. Présentation de malades traités par la méthode de Koch, par C.-C. Rice. (*N. Y. med. Rec.*, 18 avril 1891.)

Rhinite croupeuse, par Greville Macdonald. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Traitement opératoire des sténoses nasales, par C.-E. Teets. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, avril 1891.)

Traitement d'une attaque aiguë de « hay fever », par I. Gluck. (*N. Y. med. Rec.*, 16 mai 1891.)

Notes sur l'aristol dans le traitement des affections du nez et de la gorge, par Wendell C. Phillips. (*N. Y. med. Journ.*, 23 mai 1891.)

Communication préliminaire sur le traitement de la rhinite atrophique (catarrhe sec) par l'ichthyol, par C. Phillips. (*N. Y. med. Journ.*, 16 mai 1891.)

Diète et exercice dans le traitement de l'inflammation simple chronique de la poitrine, du nez et de la gorge, par Mulhall. (*Saint-Louis med. Soc.*, 2 mai, in *Weekly med. Review*, 23 mai 1891.)

Electricité en chirurgie, spécialement dans les affections du nez, de la bouche et de la gorge, par D.-H. Goodwillie. (*N. Y. med. Journ.*, 6 juin 1891.)

Catarrhe naso-pharyngien ayant causé un catarrhe gastrique, par L. Fischer. (*N. Y. med. Rec.*, 13 juin 1891.)

Serre-nœud nasal modifié, par J. Wright. (*N. Y. med. Rec.*, 20 juin 1891.)

Déformations angulaires du nez corrigées par une opération sous-cutanée, par J.-O. Roe. (*N. Y. med. Rec.*, 18 juillet 1891.)

Affections polypoïdes des cavités nasales, par Gleason. (*Amer. Lancet*, juin 1891.)

Embryons d'oxyure dans le nez, par T. Proskauer. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

Traitement de la rhinite chronique, par K. von Ruck. (*N. Y. med. Rec.*, 1er août 1891.)

Une nouvelle pince pour les végétations adénoïdes, par R.-C. Hodges. (*N. Y. med. Rec.*, 8 août 1891.)

Catarrhe du pollen. Fièvre des foins, par H.-F. Ivins. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, juillet 1891.)

Réflexes du nez et des dents, par I.-F. Casseday. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, juillet 1891.)

Chirurgie du nez et du naso-pharynx, par E.-B. Hooker. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, juillet 1891.)

Etiologie et traitement de la rhinite atrophique, par J. Wright. (*N. Y. med. Rec.*, 15 août 1891.)

Digitized by Google

Une épingle à cheveux dans le nez, par J.-C. Roth. (*N. Y. med. Rec.*, 22 août 1891.)

Tumeurs du naso-pharynx, du pharynx, du larynx et de l'œsophage, par W. Cheatham. (*N. Y. med. Journ.*, 15 août 1891.)

Deux cas de rhinite membraneuse, par J.-E. Newcomb. (*N. Y. med. Journ.*, 12 septembre 1891.)

Effets du traitement des affections des voies aériennes supérieures sur l'asthme, par F.-H. Bosworth (13e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891).

Papillomes du nez, par J. Wright (13e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 23 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891).

Un cas de tuberculose nasale supposée chez un singe, par E.-L. Shurly (13e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 23 septembre, *N. Y. med. Journ.*, 7 novembre 1891).

Kyste du cornet moyen, par Ch.-H. Knight (13e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 23 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891).

Diverses formes d'affections des cellules ethmoïdales, par F.-H. Bosworth (13e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 23 septembre, *N. Y. med. journ.*, 7 novembre 1891).

Traitement radical des myxomes du nez, par W.-E. Casselberry (13e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 23 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre et *N. Y. med. Journ.*, 14 novembre 1891).

Un cas de larves dans les fosses nasales simulant l'érysipèle, par Brokaw. (*Saint-Louis med. Soc.*, 19 septembre, in *Weekly med. Review*, 26 septembre 1891.)

Les parfums dans la fièvre des foins, par J.-W. Stickler. (*N. Y. med. Rec.*, 10 octobre 1891.)

Une scie nasale universelle, par C.-A. Bucklin. (*N. Y. med. Rec.*, 24 octobre 1891.)

Emploi de la pyoctanine comme antiseptique dans les affections des voies aériennes supérieures, par R.-P. Lincoln. (*N. Y. med. Journ.*, 31 octobre 1891.)

Précautions à prendre quand on emploie la cocaïne dans la fièvre des foins, par J.-W. Stickler. (*N. Y. med. Journ.*, 31 octobre 1891.)

Pharynx et Varia.

Rétrécissement de l'œsophage, par E. Fletcher Ingals. (*N. Y. med. Rec.*, 5 juillet 1890.)

Traitement de l'amygdalite aiguë, par E.-H. Bidwell. (*N. Y. med. Rec.*, 5 juillet 1890.)

Diphtérie, par Raab. (*Saint-Clair county med. Soc.*, 5 juin, in *Weekly med. Review*, 5 juillet 1890.)

Hypertrophie glandulaire de la base de la langue, par A.-B. Trasher. (Section de Laryng. *Amer med. Ass.*, *Nashville*, 20 mai 1890.)

Hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue, par J.-E. Boylan. (Section de Laryng. *Amer. med. Ass.*, *Nashville*, 20 mai 1890.)

Salol dans l'amygdalite et la pharyngite aiguës, par J. Wright. (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, août 1890.)

Observations sur le rhumatisme enveloppant les amygdales, par W.-H. Thayer. (*N. Y. med. Journ.*, 26 juillet 1890.)

Des rapports existant entre les amygdalites et le centre cérébro-spinal, par J. Richardson Parke. (*N. Y. med. Journ.*, 26 juillet 1890.)

Phlébite infectieuse consécutive à une amygdalite folliculaire, par J. Trumbull. (*N. Y. med. Rec.*, 9 août 1890.)

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, par Kendel Franks. (*R. Acad. of Ireland*, 28 mars, in *N. Y. med. Journ.*, 16 août 1890.)

Note sur un trouble du goût après l'amputation de la langue, par F. Peterson. (*N. Y. med. Rec.*, 30 août 1890.)

Digitized by Google

Un cas d'hémiglossite phlegmoneuse, par C.-H. Knight. (*N. Y. med. Rec.*, 30 août 1890.)

Hémorrhagie consécutive à l'amygdalotomie, avec la description d'un amygdalotome galvanocaustique, par J. Wright. (*N. Y. med. Journ.*, 30 août 1890.)

Traitement rapide des amygdalites, par A.-S. Hudson. (*N. Y. med. Rec.*, 27 septembre 1890.)

Hémorrhagie après l'amygdalotomie, par W.-H. Hall. (*N. Y. med. Journ.*, 20 septembre 1890.)

Cancer du pharynx et de l'œsophage, par Kammerer. (*N. Y. Acad. of Med.*, 28 mai, in *N. Y. med. Journ.*, 20 septembre 1890.)

Un cas de tuberculose primaire du pharynx terminé par la guérison, par J.-W. Gleitsmann. (*N. Y. med. Journ.*, 11 octobre 1890.)

Hémorrhagie à la suite de l'amygdalotomie, par M. Thorner. (*Cincinnati med. Soc.*, 16 septembre, in *Cincinnati lancet Clinic*, 18 octobre 1890.)

Traitement de l'amygdalite par le veratrum viride, par W. Washburn. (*N. Y. med. Rec.*, 18 octobre 1890.)

Influence de l'hypertrophie tonsillaire sur les inflammations nasale et auriculaire; traitement, par T.-H. Stucky. (*Amer. rhin. Ass.*, *Louisville*, 6 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Diphthérie des chats, par P.-C. Coleman. (*N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Pharyngite épidémique aiguë, par J.-J.-E. Maher. (*N. Y. med. Rec.*, 1er novembre 1890.)

Ulcération tuberculeuse de la langue, par C.-N. Dowd. (*N. Y. pathol. Soc.*, 28 mai, in *N. Y. med. Rec.*, 15 novembre 1890.)

Infection pharyngienne supposée tuberculeuse, par W.-P. Northrup. (*N. Y. pathol. Soc.*, 28 mai, in *N. Y. med. Rec.*, 15 novembre 1890.)

Hypertrophie tonsillaire, par T. Hilliard Wood. (*Tristate med. Ass.*, 15 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 15 novembre 1890.)

Un cas de maladie de Graves : hérédité apparente, par J. Rosenberg. (*N. Y. med. Rec.*, 29 novembre 1890.)

Pathologie de la diphthérie, par J. Eichberg. (*Weekly med. Review*, 20 décembre 1890.)

L'étiologie de l'amygdalite suppurée et son traitement chirurgical. Remarques concernant la prophylaxie des affections inflammatoires des amygdales, par C.-C. Rice. (*N. Y. med. Rec.*, 31 janvier 1891.)

Notes pratiques sur la prophylaxie et le traitement de la diphtérie, par F.-H. Peck. (*N. Y. med. Rec.*, 31 janvier 1891.)

Cas traités par la méthode de Koch à l'hôpital pour les maladies des yeux, de l'oreille, du nez et de la gorge. (*New-Orleans med. and surg. Journ.*, février 1891.)

Tumeurs de la glande thyréoïde, par Mc Burney. (*N. Y. surg. Soc.*, 26 novembre 1890, in *N. Y. med. Journ.*, 7 février 1891.)

Quatre cas de chancres syphilitiques de l'amygdale, par C. Szadek. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, janvier 1891.)

I. Traitement de l'hypertrophie tonsillaire par l'acide chromique. — II. Hémorrhagies dangereuses et mortelles consécutives à l'ablation des amygdales, par A.-D. Williams. (*Saint-Louis Med. and surg. Journ.*, janvier 1891.)

Traitement de la pharyngite ulcéreuse et de la diphthérie, par D.-M. Blount. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, février 1891.)

Anatomie et physiologie des amygdales et leurs rapports avec l'absorption de matières infectieuses, par E. Hodenpyl. (*Amer. Journ. of med. Sciences*, mars 1891.)

Notes pratiques sur la prophylaxie et le traitement de la diphthérie, par R.-C. van Wyck. (*N. Y. med. Rec.*, 28 février 1891.)

Rétrécissement de l'œsophage par une affection interstitielle de ses

Digitized by Google

parois. Hypertrophie fibroïde, par J.-O. Roe. (*N. Y. med. Journ.*, 14 mars 1891.)

Extirpation d'un épithélioma pharyngien, par Lange. (*N. Y. surg. Soc.*, 14 janvier, in *N. Y. med. Journ.*, 14 mars 1891.)

Traitement des infiltrations syphilitiques des cavités pharyngées et nasales, par A.-H. Ohmann-Dumesnil. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, mars 1891.)

De certaines mesures hygiéniques dans le traitement des affections catarrhales des voies aériennes supérieures, par F.-H. Bosworth. (*N. Y. med. Rec.*, 4 avril 1891.)

Hypertrophie de l'amygdale pharyngée, par E.-F. Ingals. (*Med. News*, 21 mars 1891.)

Hémiatrophie linguale d'origine extra-cranienne, par H.-S. Birkett. (*Montreal med. Journ.*, mars 1891.)

Gorge de Grant (Grant's Throat), par C.-R. Early. (*Weekly med. Review*, 11 avril 1891.)

Etudes sur l'étiologie de la diphthérie. Seconde série, par T.-M. Prudden. (*N. Y. med. Rec.*, 18 avril 1891.)

Instrument pour traiter l'hypertrophie amygdalienne par l'électrolyse, par H.-L. Coit. (*N. Y. med. Rec.*, 18 avril 1891.)

Récentes contributions à nos connaissances sur la diphthérie, par J.-L. Smith. (*N. Y. Acad. of Med.*, 12 mars, in *N. Y. med. Journ.*, 18 avril 1891.)

Chute d'un tube dans l'œsophage, par R.-F. Weir. (*N. Y. med. Journ.*, 25 avril 1891.)

Un cas de pharyngite chronique, par F. Lindley Hoag. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, avril 1891.)

Prophylaxie et traitement de la diphthérie, par J. Lewis Smith (42e réunion annuelle de l'*Amer. med. Ass.*, *Washington*, 7 mai, in *N. Y. med. Rec.*, 6 juin 1891).

Rapport sur 35 cas de diphthérie pharyngée traités par des injections sous-membraneuses, par A. Seibert (42e réunion annuelle de l'*Amer. med. Ass.*, *Washington*, 7 mai, in *N. Y. med. Rec.*, 6 juin 1891).

Sarcome rétro-pharyngien, par F. Lange. (*N. Y. surg. Soc.*, 15 avril, in *N. Y. med. Journ.*, 4 juillet 1891.)

Traitement de la maladie de Graves, par W.-H. Draper. (*Pract. Soc. of New York*, 3 avril, in *N. Y. med. Rec.*, 11 juillet 1891.)

Un cas de rétrécissement congénital de l'œsophage, par G.-W. Crary. (*Soc. of the Alumm of Bellevue hosp.*, 5 novembre, in *N. Y. med. Journ.*, 11 juillet 1891.)

Un cas de gastrostomie (méthode de Hacker) pour rétrécissement infranchissable de la terminaison cardiaque de l'œsophage. Guérison. Dilatation consécutive au rétrécissement, par R.-F. Weir. (*N. Y. med. Rec.*, 25 juillet 1891.)

Angine de Ludwig, par E. Lippincott. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, juillet 1891.)

Traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'igni-puncture, par G.-I. Cullen. (*Weekly med. Review*, 8 août 1891.)

Epingle enclavée dans la paroi postérieure du pharynx, par A. Mac Shane. (*New-Orleans med. and surg. Journ.*, août 1891.)

Les amygdales à l'état normal et à l'état pathologique, par Harrison Allen (13e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, *Washington*, 22 septembre, 1891; *Amer. Jour. of the med. Sciences*, janvier 1892).

Traitement sous-membraneux de la diphthérie, par A. Seibert. (*Amer. pediatric Soc.*, *Washington*, 23 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Une forme de mycosis pharyngien. Mycosis leptothrica, par J.-E. Newcomb. (*N. Y. med. Rec.*, 29 août 1891.)

Diphtérie dans les hautes altitudes, par W.-A. Jayne (8e congrès de

Digitized by Google

l'*Amer. clim. Ass.*, *Washington*, 25 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 3 octobre 1891).

Arête de poisson enclavée à la base de la langue, par A. Mac Shane. (*New-Orleans med. and surg. Journ.*, octobre 1891.)

Œsophagotomie pour l'extraction d'un dollar d'argent, par J.-T. Freeland. (*N. Y. med. Rec.*, 24 octobre 1891.)

Gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par W. Meyer. (*N. Y. Acad. of Med.*, 12 octobre. in *N. Y. med. Rec.*, 24 octobre 1891.)

Gastrostomie pour un rétrécissement imperméable de l'œsophage. Guérison. Dilatation du rétrécissement, par A. Dixon. (*Mississipi walley med. Ass.*, 14 octobre, in *N. Y. med. Journ.*, 31 octobre 1891.)

ADDITION AU MÉMOIRE DU Dr LICHTWITZ

Dans une lettre que je viens de recevoir au moment de la correction des épreuves, M. Ziem, qui a certainement opéré le plus grand nombre des cas d'empyème du sinus maxillaire, me donne les détails suivants :

« J'ai ouvert en tout le sinus maxillaire 453 fois. Cinq fois seulement j'ai ouvert l'antre par la fosse canine et, dans tous les autres cas, par le rebord alvéolaire.

« Parmi les 168 cas dans lesquels l'ouverture a démontré l'existence de pus ou de muco-pus, 41 malades présentaient une affection double, soit 82 antres affectés (environ 50 0/0). »

Digitized by Google

NOUVELLES

Un des spécialistes les plus connus du monde entier, sir *Morell Mackenzie*, a succombé à Londres, le 3 février, à une attaque d'influenza, compliquée de bronchite et de pleurésie. Il était né en 1837, et avait fait ses études médicales à Londres, Paris et Vienne.

Sir Morell Mackenzie avait fondé, à Londres, un hôpital spécial pour les maladies de la gorge. Sa célébrité, auprès du grand public, date de l'année 1888, époque à laquelle il soigna l'empereur Frédéric III.

On doit à sir Morell Mackenzie de nombreux et très intéressants travaux sur ces maladies du larynx et du nez. Ces travaux, absolument classiques et très répandus, ont été traduits dans presque toutes les langues.

Les *Annales* avaient eu l'honneur de sa collaboration.

Nous lisons dans le *Sordomuto :*

MM. G. Baccelli, *président général*, et E. Maragliano, *secrétaire général* du *Comité d'organisation du XIe Congrès médical international* qui se tiendra à Rome pendant l'*automne de* 1893, ont avisé les membres des diverses sections d'avoir à organiser leur travail scientifique. La *Laryngologie* et l'*Otologie* sont réunies dans la section XIII, et on a désigné pour ces spécialités les noms de seize membres.

On a imprimé et distribué les statuts et le règlement de la nouvelle *Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie*, fondée à Sienne il y a quelques mois, lors du Congrès médical qui s'y tint. Les membres fondateurs sont déjà au nombre de 31.

Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris.
Ordre du jour de la séance du 5 février :

Anatomie de l'oreille moyenne. 1° Présentation de pièces. Coupes en

Digitized by Google

série, par CHATELLIER. — Quelques observations de papillômes du larynx chez des enfants; 2° présentation d'instruments, par RUAULT. — Hémianesthésie de la face et de la tête dans le cours d'une otorrhée, par GELLÉ (au nom de M. ROY, aide-major au 52e de ligne).

On nous prie d'insérer la note suivante :

« Le samedi 30 janvier, M. le Dr Chervin, directeur de l'Institution des bègues de Paris, a fait à Lariboisière, dans le service de M. Raymond, une très intéressante causerie sur les symptômes diagnostiques du bégaiement proprement dit.

Un Congrès international de dermatologie et syphiligraphie se tiendra à Vienne, du 5 au 10 septembre 1892. Le Comité d'organisation est composé ainsi qu'il suit : J. Neumann, E. Lang, H. von Hebra, M. Mracek, J. Grünfeld (Vienne), F. J. Pick, V. Janowsky (Prague), E. Lipp (Gratz), A. Jarisch (Innsbruck), A. Rosner (Cracovie), E. Schwimmer (Budapest).

Président : M. Kaposi, IX/2 Alserstrasse, 28; *secrétaire général*, G. Riehl, 1/20; Bellariastrasse, 12, à Vienne.

En même temps que le second Congrès international dermatologique, le Comité d'organisation a entrepris l'arrangement d'une exposition dans les locaux de l'Université de Vienne, comprenant la pathologie et la thérapeuthique des maladies cutanées et syphilitiques, de même que les articles se rapportant aux branches alliées, comme littérature scientifique, dessins, photographies, reproductions plastiques (moulages), préparations d'anatomie, d'histologie et de bactériologie; microscopes et autres appareils scientifiques ; tous les articles pour le traitement des maladies cutanées et syphilitiques, instruments de chirurgie, articles de pansement, préparations chimiques et pharmaceutiques, etc., etc.

Nous invitons donc les intéressés à vouloir bien participer à cette exposition, et nous espérons une participation nombreuse.

Le ministère des finances autrichien a concédé le bénéfice du traitement d'annotation douanière contre l'obligation de réexportation jusqu'au 10 décembre 1892 pour les objets de provenance étrangère destinés à l'exposition. Le ministère a de même enjoint aux douanes de la frontière de diriger directement au bureau de douane central à Vienne les colis arrivant avec la désignation « II. Congrès international dermatologique à Vienne ». (*Moniteur des finances du* 15 *septembre* 1891, n° 31.)

La maison Schenker et Cie, à Vienne, I., Zelinkagasse 14, s'est chargée de l'expédition des objets de l'exposition et enverra directement, sur demande, aux exposants, l'instruction pour l'expédition.

Les emplacements dans l'exposition sont gratuits, et chaque exposant

Digitized by Google

n'aura à payer que la somme de 4 florins v. a. (Francs 10.—) par mètre carré pour les frais d'installation, de surveillance, conservation, assurance contre l'incendie, etc. Les instituts scientifiques, de même que ceux revêtant un caractère officiel, sont dispensés même de ces derniers frais. Sur demande adressée à temps au Comité, ce dernier se charge de la fourniture d'armoires d'exposition, de même que de simples tables contre remboursement de ses propres déboursés.

Dans les déclarations d'adhésion sont à indiquer exactement : l'emplacement désiré, d'après la hauteur, longueur et largeur, de même si l'emplacement doit se trouver libre de tous les côtés, ou au pied de la paroi; l'extension désirée sur la paroi ; enfin l'espèce et la forme des objets exposés.

Prière d'adresser toutes les correspondances concernant l'exposition à M. le Dr *Hans Heger*, Vienne (Autriche), I, Stefansplatz 8 a, qui a bien voulu se charger des travaux préliminaires pour l'arrangement de l'exposition. Le Dr Heger enverra, sur demande, des formules d'adhésion et donnera tous les renseignements désirés concernant l'exposition.

Vin de Chassaing. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

Digitized by Google

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Hospice de la Salpêtrière. Service du professeur Charcot. Clinique otologique annexe (statistique de 1890), par GELLÉ. (Broch. de 56 pages, aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes. Paris, 1892.)

Les maladies de la gorge, du larynx et du nez. Réflexions sur les malades traités de 1887 à 1890, par C. CORRADI. (Extrait de la *Riv Veneta di Scienze Med.*, 1891.)

Diagnostic des troubles relatifs à la perception des sons aigus et bas dans les maladies de l'oreille, par C. CORRADI. (Extrait de l'*Arch. Int. delle Spec. med. Chir.*, fasc. 16-17. Naples, 1891.)

Les maladies de l'oreille en rapport avec les affections nasales et l'hérédité. Note de C. CORRADI. (Extrait du *Sordomuto*, n. 10-11, 1891).

Compte rendu de la section oto-rhino-laryngologique du XIV° Congrès médical italien tenu à Sienne du 16 au 21 août 1891, par C. CORRADI. (Extrait du *Sordomuto*, n. 14-16, 1891.)

Diseases of the Throat, Nose and Ear (Maladies de la gorge, du nez et de l'oreille. Manuel clinique pour les étudiants et les praticiens, par P. MAC BRIDE. (Un vol. de 640 pages avec figures en couleur d'après des dessins originaux. Young J. Pentland, éditeurs, Edimbourg et Londres, 1892.)

La laringotomia inter-crico-tiroïdea, par J. CISNEROS Y SEVILLANO. (Extrait du *Siglo medico*, 1892.)

L'otojatria e la rinolaringojatria a Berlino. Notes et propositions de V. NICOLAI. (Broch. de 10 pages. Tipog. del *Riformatorio Patronato*, via Quadronne, 42, Milan, 1892).

Importance of nasal surgery and nasal therapeutics in the Treatment of aural catarrh. (Importance de la chirurgie et de la thérapeutique nasales dans le traitement du catarrhe auriculaire, par J. A. WHITE. (Extrait du *Virginia med. Monthly*, décembre 1890.)

De la kérato-conjonctivite d'origine rhino-pharyngienne, par L. COUETOUX. (Extrait des *Annales d'oculistique*, décembre 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 54.2.92.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

L'INSUFFISANCE VÉLO-PALATINE

Par le Dr Marcel LERMOYEZ
Médecin des Hôpitaux.

Sous le nom d'insuffisance aortique on désigne une altération des valvules sigmoïdes les rendant incapables de suffire à leur tâche, qui est de fermer, en s'abaissant, l'orifice d'entrée de l'aorte. Par analogie, on pourrait dénommer *insuffisance vélo-palatine* toute lésion du voile du palais l'empêchant de remplir sa fonction qui est, en se relevant, de fermer l'espace naso-pharyngien. Multiples sont les altérations qui peuvent entraîner ce trouble fonctionnel : paralysie, perforations, fissures en sont les plus habituels facteurs. Mais comme après tout les mots n'ont d'autre valeur que celle que la convention leur attribue, et qu'un terme simple définit mieux qu'une périphrase, je réserve ici cette appellation nouvelle à une anomalie congénitale, par arrêt de développement, qui fait que le voile, d'apparence normale, intact et mobile, devient trop court, et ne peut en aucun moment affleurer de son bord libre la paroi postérieure du pharynx. Toutefois, cette brièveté du voile n'est qu'une apparence; le raccourcissement réel atteint seulement la voûte osseuse palatine. La lésion est au palais, le symptôme est au voile; parce que celui-ci, ayant son insertion reportée en avant, ne peut plus suffire, quoique gardant ses dimensions habituelles, à clore un espace resté trop grand. C'est une insuffisance relative. Pareille chose se rencontre aussi à l'orifice aortique : la dilatation de l'anneau fibreux d'implantation attire excen-

Digitized by Google

triquement la base des valvules qui restent normales et deviennent insuffisantes. Il est vrai que, de part et d'autre, au cœur comme à la gorge, ces faits sont des raretés.

I

La phénoménalité de cette malformation varie si peu, que les observations en semblent stéréotypées ; aussi, malgré la rareté de celles-ci, me sera-t-il aisé de tracer un schéma rapide de l'affection qui m'occupe, et de montrer d'un trait de plume qui elle est, avant d'étudier plus à fond ses origines et ses tendances.

C'est souvent d'un malade adulte qu'il s'agit; il ne vient pas consulter pour la défectuosité de sa prononciation, à laquelle il s'est résigné, mais pour toute autre chose. Cependant sa voix est très nasillarde, sa parole difficile à comprendre; et quand on l'interroge, on apprend que parfois les boissons refluent par son nez. Tout cela a débuté dès sa plus tendre enfance. On soupçonne une division congénitale de la voûte ou du voile; on examine la bouche, et on est tout étonné de la trouver parfaitement conformée: rien n'explique la dyslalie. Pas de perforation, pas de division de la voûte, pas de paralysie du voile. A partir de ce moment, l'embarras devient grand; pour en sortir, il n'y a qu'un moyen, c'est de mesurer minutieusement les parties suspectes; et on trouve ainsi que la voûte palatine est raccourcie et a perdu un centimètre au moins sur sa longueur antéro-postérieure, que le voile a gardé ses dimensions normales, et que l'espace qui le sépare de la paroi postérieure du pharynx est au contraire trop grand, et a gagné dans le sens antéro-postérieur exactement ce qu'a perdu la voûte palatine. Dès lors on s'explique le nasillement en considérant qu'un voile palatin normal est insuffisant pour fermer un espace naso-pharyngien congénitalement agrandi.

Il est probable que si la littérature médicale ne renferme qu'une douzaine de cas semblables à celui que j'ai observé, c'est que beaucoup d'autres ont dû passer inaperçus; certains

Digitized by Google

ont été rangés dans le groupe des paralysie du voile; d'autres fois, on a incriminé une éducation vicieuse, ou encore une sorte de contagion lente, résultant du fait d'avoir vécu en compagnie d'un enfant atteint d'une division de la voûte palatine. L'erreur, au surplus, est excusable: parce qu'il n'est pas dans les habitudes de notre clinique journalière de prendre des mesures minutieuses; et d'ailleurs, comme les déformations buccales ne sont pas ici tellement accentuées qu'elles sautent à des yeux non prévenus, ceux-là seuls qui, sans être des Langenbeck et des Trélat, les ont déjà connues, les reconnaîtront. Aussi bien ai-je pensé qu'il y avait quelque intérêt à appeler l'attention sur ces cas; le sujet n'est pas neuf, mais il est bon de temps à autre de remettre en mémoire les choses déjà anciennes, pour ne pas les oublier et s'éviter la peine d'avoir à les découvrir à nouveau. Au reste, aucun travail d'ensemble, que je sache, n'a encore été fait sur cette malformation.

II

C'est dans un travail de Roux (1), que se trouve pour la première fois mentionnée assez nettement cette difformité. Ce chirurgien raconte qu'au retour d'un voyage en Allemagne, il rencontra à Verviers une jeune fille qui nasillait d'une façon inintelligible, bien qu'elle ne présentât comme toute lésion apparente qu'une légère bifidité de la partie inférieure du voile; en même temps, chez elle, il y avait défaut de développement et de soudure des seules parties osseuses de la voûte palatine. Beaucoup plus tard, Demarquay (2) montra à la Société Anatomique une voûte palatine présentant cette même déformation; mais il s'agissait là seulement d'une trouvaille de dissection. Ces faits passèrent alors inaperçus; on s'occupait de ces cas bien autrement fréquents et intéressants, où la voûte et le voile sont divisés; l'uranoplastie, la staphylorraphie étaient à l'ordre du jour. On discutait

(1) Roux. — *Mémoire sur la Staphylorrhaphie*, Paris, 1825.
(2) Demarquay. — *Bull. Société Anatomique*, 1846, tome XXI, page 11.

Digitized by Google

surtout sur les causes de la disparition ou de la persistance du nasillement à la suite de la restauration de la voûte et du voile; certains auteurs appuyaient leurs théories sur des faits anormaux, sortes de malformations incomplètes, qui précisément étaient des observations d'insuffisance du voile. Ainsi Passavant (1), à l'appui de son opinion, que le maintien de la voie nasillarde, à la suite de la staphylorrhaphie est dû à ce que le voile restauré est trop court pour fermer le pharynx, rapportait trois faits qu'on lira plus loin; mais, pour expliquer ces cas, il incriminait à tort la brièveté congénitale du voile, et non celle de la voûte osseuse, idée aujourd'hui abandonnée, mais que récemment encore Kayser (2) a tenté de faire reprendre. Et cependant ces troubles de la parole dus à la seule viciation des diamètres de la voûte et du voile demeuraient peu étudiés; car dans le grand article que Langenbeck (3), à la même époque consacrait à l'uranoplastie, on trouve l'histoire de quelques enfants qui parlaient avec la même voix que s'ils avaient eu une fente palatine; or en l'absence de lésions apparentes, le chirurgien allemand, bien que connaissant les faits de Roux et de Passavant, invoquait comme cause de cette dyslalie une mauvaise éducation phonétique ou encore la fréquentation habituelle d'enfants ayant du nasillement.

Trélat me semble avoir le premier attribué sa réelle importance à la malformation qui m'occupe. Après l'opération de l'urano-staphylorrhaphie, certains malades retrouvent une voix normale; d'autres, malgré l'entraînement orthophonique le mieux conduit, continuent à nasiller. La raison en est, disait-il, que chez ceux-ci le voile ne peut affleurer la paroi postérieure du pharynx; ce défaut d'affleurement est dû à un raccourcissement antéro-postérieur du palais restauré qui porte surtout la voûte osseuse atrophiée, et qui est

(1) Passavant. — *Archiv. der Heilkunde*, 1862, page 335.
— *Ueber Verschliessung des Schlundes beim Sprechen.* Francfort-sur-le-Mein, 1863.
— *Arch. für Klinische Chirurgie*, Bd VI, Heft 2. page 333.

(2) Kayser (de Breslau). — *Deutsche Med. Wochensch.* 25 juin 1891, n° 26.

(3) Langenbeck. — *Archiv. für Klinische Chirurgie.* Bd V, page, 1, 1864.

Digitized by Google

d'autant plus marqué qu'elle demeure plus profondément fissurée. En 1866, dans son rapport sur la candidature de Liégeois à la Société de Chirurgie, il expose longuement cette idée que l'insuffisance du développement de la voûte est la cause fondamentale des insuccès dans la restauration de la voix à la suite des opérations plastiques sur la bouche. Et pendant plus de 20 ans, il insiste avec complaisance sur ce sujet, le développant dans ses communications, ses leçons (1) : tout individu qui, atteint d'une division, a une voûte palatine longue parle bien ; tout individu qui a une voûte palatine courte parle mal : et la preuve, ajoute-t-il, c'est qu'il y a d'une part des gens qui, quoique ayant une division complète du voile parlent très intelligiblement parce que leur palais est normal ; il y a d'autre part des personnes qui nasillent fortement, quoique sans division vélo-palatine, parce que leur voûte est insuffisamment développée. Aux faits de Passavant il ajoute deux nouvelles observations convaincantes; et Notta, de Lisieux (2), vers la même époque, communique un fait semblable à la Société de Chirurgie.

Plus tard, Ehrmann (de Strasbourg) (3) ne fit que confirmer les vues de Trélat, en apportant un fait identique aux précédents. Parurent ensuite en Allemagne les observations de J. Wolff (4), de Kayser (5); mais elles furent présentées simplement comme des formes rares de nasillement, sans que leurs auteurs songeassent à les rattacher à la théorie admise en France; Kayser même ne semble pas avoir eu connaissance des travaux de ses devanciers, et ne voit dans son cas qu'une brièveté congénitale du voile palatin.

Que conclure de ces observations contradictoires? C'est qu'à côté du bec-de-lièvre complexe, de la grande fissure

(1) Trélat. — *Bullet. de la Soc. de Chirurgie*, 1867, 2e série, tome VIII, page 450.
— *Bullet. de la Soc. de Chirurgie*, 1869, 2e série, tome X, page 402.
— *Progrès Médical*, 1878, page 213.
— *Gaz. hebdomadaire*, 1890, n° 5, page 50, etc., etc.

(2) Notta (de Lisieux). — *Bullet. de la Soc. de Chirurgie*, 1869, 2e série, tome X, page 412.

(3) Ehrmann. — *Gazette Méd. de Strasbourg*, 1880, n° 10, page 118.

(4) J. Wolff. — *Berlin Klin. Wochenschrift*, 1882.

(5) Kayser. — *Deutsche Méd. Wochenschrift*, n° 26, 25 juin 1891.

Digitized by Google

palatine, doit prendre place en nosologie une malformation rare mais bien définie, qui n'est qu'une ébauche de la première, et dans laquelle l'arrêt tardif de l'évolution buccale a eu pour seule conséquence une atrophie du palais osseux, sans fissures apparentes. Les livres classiques sont très brefs sur ce point et ne le signalent qu'incidemment. E. Gayraud (1) lui consacre quelques lignes sous le titre de brièveté anormale de la voûte palatine, tout en faisant remarquer, non sans raison, que cette brièveté est peut-être plus fréquente qu'on ne le suppose, et que souvent on doit la méconnaître, car elle ne s'accompagne d'aucune autre difformité. A cette dénomination, je préfère celle d'insuffisance vélo-palatine, parce que la brièveté de la voûte peut se montrer dans une foule de circonstances sans causer de gêne d'aucune sorte et qu'elle ne mérite d'être élevée à une dignité pathologique que dans les seuls cas où elle entraine à sa suite une insuffisance du voile du palais, avec le syndrôme nasillement.

III

L'ensemble des deux premiers arcs branchiaux, arcs mandibulaires, et du bourgeon median frontal forme les premiers éléments de la face chez l'embryon de trois semaines. D'abord constitués par un bourrelet unique, les arcs mandibulaires se divisent bientôt chacun en deux lames superposées : arcs maxillaires supérieurs et inférieurs, les arcs maxillaires supérieurs naissant directement de la base du crâne (M. Duval). Tandis qu'à l'intérieur peu à peu se forme la face, dans la profondeur se cloisonne la cavité naso-buccale. « De la face interne de l'arc maxillaire partent les lames palatines, d'abord très obliquement ascendantes, mais destinées à devenir horizontales, sur lesquelles tombe à angle droit une cloison médiane, dépendance du bourgeon frontal. On décrit encore, tout à fait dans la profondeur, un bourgeon ptérygo-palatin,

(1) E. Gayraud. — Art. *Palais* in *Dict. Encyclop. des Sc. Méd.* 2e série, tome XIX, page 698.

Digitized by Google

dépendance du bourgeon maxillaire supérieur, qui se soude d'une part sur la ligne médiane avec son homologue, d'autre part à la base du crâne dans la région du sphénoïde » (1). On conçoit les diverses malformations qu'amènerait l'absence ou le défaut de coalescence de plusieurs de ces bourgeons. Langenbeck rattache à trois formes principales les vices de développement de la voûte et du voile :

1° Fente complète de la voûte et du voile.

2° Absence presque complète de la voûte osseuse palatine, la muqueuse du voile du palais existant cependant dans presque toute son étendue; fente médiane du voile.

3° Petite fente médiane de la voûte palatine, complètement recouverte par la muqueuse. On croit avoir à faire à une voûte normale. Il existe toujours au commencement une fente médiane du voile.

C'est à cette troisième forme de Langenbeck que se rattache l'anomalie que je décris ; elle présente les caractères anatomiques constants que voici :

Brièveté anomale de la voûte palatine; échancrure médiane portant sur le quart postérieur du squelette de cette voûte; muqueuse palatine normale masquant cet orifice; intégrité du voile du palais; très légère bifidité de la luette. Il est admissible que, dans ces cas, les lames palatines, incomplètement développées en arrière, n'aient pu se rejoindre que dans leur partie antérieure; et peut-être même l'arrêt de développement pourrait n'avoir porté que sur l'évolution des bourgeons ptérygo-palatins. Et pourquoi seul le développement du squelette a-t-il été entravé? Il n'y a ici que l'application d'une loi énoncée par Langenbeck, que dans toute fissure palatine la perte de substance osseuse est toujours plus accentuée que celle de parties molles , et il est aisé de concevoir une diminution de la largeur de la fente telle que les lames muqueuses se touchent, les lames osseuses seules demeurant écartées.

Je reviendrai, avec plus amples détails, sur l'aspect de cette malformation en étudiant les symptômes objectifs de

(1) A. Broca. — in *Traité de Chirurgie* de S. Duplay et P. Reclus, tome V, page 6.

Digitized by Google

l'insuffisance vélo-palatine ; mais il faut insister sur ce point que cette échancrure médiane du voile, quelque importance embryologique qu'elle puisse avoir, n'a qu'une fort minime influence sur la production du nasillement, et que la seule cause qui engendre celui-ci, c'est, encore une fois, que la voûte palatine est trop courte.

IV

L'exacte détermination des dimensions antéro-postérieures des diverses parties du plafond de la bouche nous intéresse au plus haut point : il importe d'établir des diamètres étalons, auxquels nous puissions comparer les mesures prises sur des palais suspects, puisque ce n'est que sur les résultats de cette comparaison que nous pourrons avec solidité asseoir notre diagnostic. Malheureusement les longueurs de la voûte du palais ont seules été établies avec précision ; celles du voile, celles de l'espace naso-pharyngien restent à déterminer.

A. Les auteurs ne s'accordent pas sur le diamètre antéro-postérieur de la *voûte palatine* ; la principale raison en est que la même manière de le mesurer n'a pas été adoptée par tous. Les anthropologistes qui ont fait une étude approfondie de l'indice palatin mesurent, *sur le squelette*, la distance qui s'étend du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure à l'épine nasale postérieure. Mais les médecins ne peuvent user des mêmes points de repère : en arrière l'épine nasale postérieure est difficile à sentir, et l'on prend sur le vivant, comme limite, a frontière transversale approximative de la voûte et du voile ; en avant, c'est du bord des incisives supérieures que part la mensuration dont l'exactitude subit les mêmes fluctuations que la longueur essentiellement variable des dents. Delà une première cause de désaccord. Et d'autre part, tandis que la plupart des observateurs se servent, pour mesurer, d'une lame métallique flexible qui épouse exactement la courbure de la voûte, quelques-uns se contentent d'employer une tige droite, qui leur fournit non les dimensions du palais, mais

Digitized by Google

celles de la projection de celui-ci sur un plan à peu près horizontal.

Aussi les chiffres donnés par les différents auteurs varient sensiblement. Pour Magitot (1) le diamètre antéro-postérieur de la voûte palatine, mesuré sur des squelettes indo-germaniques, depuis le collet des incisives centrales jusqu'à l'épine nasale postérieure, est de 45 à 50 millimètres. Hamy, dans une série de mensurations sur des crânes français a trouvé des chiffres différents : la voûte palatine aurait une longueur moyenne de 51 à 52 millimètres; les voûtes les plus longues atteindraient 58 millimètres, les plus courtes, 47 millimètres. Trélat donne comme longueur normale de la voûte palatine, mesurée chez le vivant, de 55 à 60 millimètres, (chiffres dont il faut retrancher la longueur moyenne des incisives, soit 8 millimètres, pour pouvoir les comparer aux précédents). Moi-même, dans une série de mensurations faites sur le vivant, j'ai trouvé pour la longueur du palais, mesuré depuis le bord des incisives jusqu'à la limite postérieure du plan osseux, une moyenne de 61 millimètres avec écarts maxima de 54 à 70 millimètres.

Cependant récemment Charon (1), dans une intéressante étude sur les *anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec les dégénérescences*, se plaçant dans les mêmes conditions, trouve comme longueur du palais 52 millimètres chez l'homme, 50 millimètres chez la femme.

On peut à bon droit s'étonner du désaccord des observateurs sur un point d'anatomie normale qu'il semble si aisé d'élucider ; mais les dimensions du palais sont susceptibles de modifications extrêmes sous diverses influences. Elles peuvent varier :

1° *Suivant les races.* On sait que l'allongement de la voûte palatine constitue le prognathisme alvéolaire qui, avec la dolichocéphalie, caractérise les crânes de races inférieures, Australiens, Néocalédoniens ; mais cela nous importe peu en l'espèce.

(1) Magitot. — Art. *Bouche* in *Dict. Encycl. des Sciences Méd.*, 1re série, tome X, page 190.
(1) Charon. *Thèse de doctorat.* Paris, 1891.

Digitized by Google

2° *Suivant les âges.* Naturellement l'évolution du palais suit dans son accroissement celle du corps ; mais en même temps l'indice palatin se modifie, et diminue à mesure que l'enfant grandit. Chez le nouveau-né (Magitot) les diamètres antéro-postérieur et transverse sont sensiblement égaux ; jusqu'à la seconde dentition, la voûte palatine s'accroissant dans tous les sens, garde sa forme quadrilatèrale ; à partir de 7 ans, seul le diamètre antéro-postérieur continue à s'accroître, et cet allongement ne s'arrête qu'entre 25 et 30 ans, quand est terminée l'évolution de la dent de sagesse. Aussi ai-je eu soin de pratiquer mes mensurations sur des sujets ayant dépassé la trentaine.

3° *Suivant les individus.* Le sexe, la taille ont fort peu d'influence sur les variations de diamètres de la voûte. D'accord en cela avec Charon, j'ai trouvé entre la longueur du palais de l'homme et celui de la femme une différence d'à peine 2 millimètres à l'avantage du premier. En revanche, la dégénérescence héréditaire compte comme un de ses stigmates les plus constants les anomalies de la voûte palatine (Charon).

De toutes ces considérations, il résulte qu'il est impossible d'établir une longueur-étalon de la voûte palatine. Il n'est donc pas juste de classer, avec Trélat, Gayraud, la malformation que je décris sous la rubrique de brièveté anormale de la voûte du palais, puisque nous ne pouvons pas dire à partir de quel chiffre cette brièveté de physiologique devient pathologique ; il n'y a infirmité constituée que quand cette brièveté entraîne à sa suite un nasillement par insuffisance du voile ; c'est donc cette dernière qui doit donner son nom au syndrôme en question.

B. Il y a moins de désaccord dans la science sur les dimensions du *voile du palais* ; peut-être parce que cet organe, intéressant peu les anthropologistes, a moins été mesuré. La longueur de la luette étant sujette à des variations individuelles très accentuées, la dimension antéro-postérieure doit être prise depuis le bord postérieur de la voûte jusqu'à la base de cet appendice. Richet n'accorde au voile qu'une longueur de 20 à 30 millimètres ; mais les autres

Digitized by Google

anatomistes sont plus généreux : de 30 à 40 millimètres (Sappey), de 30 à 45 millimètres (Magitot), environ 40 millimètres (Tillaux).

Une telle mensuration est bien plus difficile à exécuter sur le vivant que celle de la voûte ; sollicité par le réflexe nauséeux, le voile se contracte et se portant en haut, tend à se raccoucir. Cependant, grâce à une forte cocaïnisation, j'ai pu assez exactement mesurer cet organe à l'aide d'une lame flexible exactement appliquée sur sa courbure, et j'ai trouvé comme longueur moyenne, depuis son bord antérieur jusqu'à la base de la luette, 24 millimètres. Ainsi donc, bien que le voile soit également sujet à de grandes variations individuelles, les chiffres donnés par les auteurs classiques me paraissent trop forts.

C. Reste à déterminer la profondeur du *pharynx nasal*, ou plus exactement la distance qui sépare la face postérieure du voile de la paroi pharyngienne postérieure ; c'est le chemin que le voile a à parcourir pour fermer l'isthme pharyngo-nasal. Sappey lui attribue 20 millimètres; Kayser ne lui en accorde que 15. Mes recherches personnelles semblent donner raison à l'auteur allemand. Je n'ai jamais trouvé cette distance supérieure à 17 millimètres ; le chiffre moyen serait de 14 millimètres (1).

Je donne ci-après le tableau des mensurations bucco-pharyngées que j'ai effectuées chez des sujets ayant autant que possible une taille moyenne, et ne présentant aucune malformation de la bouche (atrésie du maxillaire, voûte en dôme, etc.). Il est utile plus qu'attrayant, je le reconnais, d'insister sur ces chiffres; car c'est faute de leur attribuer une importance réelle que bien des observateurs ont dû laisser échapper des cas d'insuffisance vélo-palatine.

(1) Cet espace rétro-palatin ne peut être exactement mesuré sur le cadavre. Après la mort, le voile du palais, aminci et relâché, obéit à la pesanteur et se porte en avant, en arrière, suivant la position donnée à la tête. Les chiffres ainsi obtenus seraient donc ou trop forts ou trop faibles.

TABLEAU

Digitized by Google

AGE	LONGUEUR de la VOUTE PALATINE mesurée à partir du bord libre des incisives supérieures.	LONGUEUR du VOILE DU PALAIS mesurée jusqu'à la racine de la luette.	DISTANCE SÉPARANT LE BORD postéro-inférieur du voile de la paroi pharyngienne postérieure.
	1° Hommes.		
56 ans	55	25	11
29 ans	60	30	16
16 ans	62	25	10
37 ans	65	23	16
43 ans	70	20	14
39 ans	70	29	15
59 ans	54	26	12
31 ans	63	24	15
36 ans	62	22	12
Moyennes :	62,3	23,8	13,4
	2° Femmes.		
30 ans	57	26	13
35 ans	60	22	12
32 ans	56	32	13
36 ans	60	22	14
40 ans	63	27	14
32 ans	66	20	10
40 ans	61	23	16
52 ans	60	25	17
Moyennes :	60,4	24,6	13,6
Moyennes totales	61,4	24,2	13,5

V

La symptomatologie de l'insuffisance vélo-palatine se présente sous un double aspect dont le contraste est frappant : envisagée au point de vue des troubles fonctionnels qu'elle engendre, elle est banale ; considérée dans l'ensemble

Digitized by Google

des modifications objectives qu'elle imprime aux parties atteintes, elle est insolite. De là deux chapitres à son histoire clinique.

1° *Troubles fonctionnels.* — Ils relèvent tous de l'insuffisance du voile du palais : ce sont donc ceux que cause la non-occlusion de l'isthme naso-pharyngien; mêmes symptômes rationnels, en somme, que ceux que montre journellement la paralysie du voile, qui est le procédé qu'emploie de beaucoup le plus souvent la maladie pour réaliser cette ouverture anormale. Tout au plus à la différence des causes correspondent des dissemblances dans les détails.

Le voile du palais se relève et fait son office d'obturateur dans deux circonstances : pendant la déglutition, pendant la phonation. Pendant la déglutition, il se relève pour empêcher les aliments de rebrousser chemin par la voie nasale. Sur ce fait, tout le monde est d'accord. Pendant la phonation, il se relève pour empêcher le son émis par le larynx de pénétrer dans les résonnateurs nasaux; mais seulement par intermittences, car de temps à autre il s'abaisse et livre passage aux ondes sonores qui prennent alors le timbre caractérisant les voyelles nasales. Bien que classique, cette dernière notion n'est pas admise par tous. De ses expériences Pieniazek (1) conclut que pendant l'émission des sons nasaux le voile demeure immobile; que pendant les autres sons il se contracte, mais que jamais il n'arrive à affleurer la paroi postérieure du pharynx et à effacer l'orifice naso-pharyngien; pourtant il ajoute que l'ouverture qui persiste alors est trop petite pour permettre la résonnance nasale. Peu nous importe donc qu'il n'y ait pas occlusion anatomique, puisque, dans tous les cas, il y a occlusion fonctionnelle (1).

(1) Pieniazek. *Wien. med. Blätter*, 1878.

(1) Hermann Julius Paul (de Breslau) (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. VII, p. 199) combat également cette doctrine classique qu'avaient soutenue Biot, Magendie, Passavant. Le voile du palais, dit-il, ne s'applique complètement contre la paroi pharyngienne que pendant l'acte de la déglutition. Pendant la phonation, il ne s'accole jamais à elle, même quand la voix est exempte de tout trouble nasal ; il présente seulement des mouvements ascensionnels plus ou marqués, surtout accentués pour E et I. Debrou (in *Physiologie de Donders*), de Brücke (*Grundzüge der Phys.*

Digitized by Google

L'insuffisance vélo-palatine entraînera nécessairement des troubles de déglutitionet de phonation. Mais, contrairement à ce qui a lieu dans le cas de paralysie diphtéritique du voile, où le reflux des boissons par le nez ne manque jamais au tableau symptomatique, ici les *troubles de déglutition sont exceptionnels*. Plusieurs fois les observateurs spécifient nettement qu'ils font défaut (VII, XII); dans un seul cas seulement (I) il est noté que de temps à autre les boissons revenaient par le nez. Il en résulte que la nutrition générale n'est pas troublée. Il n'est pas très aisé d'expliquer pourquoi cette fonction demeure intacte malgré la non-intégrité de l'appareil qui la remplit. Voltolini croit à la suppléance des muscles palatins par le constricteur supérieur du pharynx, qui exagérerait son action pour fermer l'orifice naso-pharyngien et supprimer la dysphagie. Panas (1) a soutenu la même théorie : il citait un malade de Nélaton qui, malgré une division complète du voile, ne présentait ni troubles de phonation ni troubles de déglutition, à cause d'une hypertrophie considérable du constricteur supérieur du pharynx; et il ajoutait : « Beaucoup de malades doivent à l'action exa-« gérée du constricteur supérieur du pharynx de pouvoir « avaler et parler assez bien malgré des divisions ou des « perforations du voile du palais. » J'ai recherché avec le plus grand soin à constater, chez mes malades, la contraction exagérée de ce muscle; il n'est ni rare ni difficile de l'observer dans certaines gorges hyperesthésiques, où elle se montre sous forme d'un bourrelet transversal (bourrelet de Passavant), saillant sur la face postérieure du pharynx nasal; mais je ne l'ai jamais pu voir dans mon cas; il est vrai que chez ce sujet, des troubles de déglutition se montraient de temps à autre, ce qui, après tout, confirme peut-être les

med. System der Sprachlaute), Czermak (*Sitzungsberichte der math. natur. klasse der Wiener Akad.* 1857, t. XXIV, p. 4) ont confirmé par leurs recherches les idées de H J. Paul. Mais que le voile s'accole presque ou tout à fait à la paroi pharyngienne, il supprime dans les deux cas la résonnance nasale de la voix ; or c'est justement cette action empêchante qu'entrave son insuffisance, tout comme le ferait sa paralysie. La querelle entre physiologistes est donc toute en surface et ne modifie pas le fond de la théorie vocale.

(1) Panas. *Soc. de chirurgie*, séance du 26 juillet 1865.

Digitized by Google

idées de Voltolini et de Panas. Quoi qu'il en soit, nous remarquons ici ce qui se passe souvent chez les individus porteurs de vieilles perforations palatines : peu à peu ils arrivent à accommoder leurs muscles à leur nouvelle conformation ; et ils ne rejettent les liquides par le nez que lorsqu'ils boivent très vite et sans attention. L'habitude corrige la fonction. Ainsi encore l'enfant venu au monde avec un voile insuffisant s'apprendra à se servir au mieux de l'outil imparfait qu'il possède ; mais surtout il s'attachera et réussira instinctivement à corriger son vice de déglutition ; pour lutter contre son défaut de prononciation, qui le gêne moins, il fera moins d'efforts ; et arrivé à l'âge adulte il avalera bien, mais parlera mal encore, quoique d'année en année sa phonation aille en s'améliorant.

Les *troubles de la parole* constituent donc le symptôme capital et presque unique de l'insuffisance vélo-palatine. Ils sont tels que, dans plusieurs cas, ils ont fait poser tout d'abord le diagnostic de paralysie du voile du palais. Certains malades parlent d'une façon presque inintelligible (V. VII) ; d'autres arrivent à se faire très bien comprendre (VII).

En général, la prononciation est d'autant plus claire qu'on se trouve en présence d'un sujet plus âgé ; elle se perfectionne d'année en année, tantôt à la suite d'un entraînement orthophonique bien dirigé, d'autres fois par les seuls efforts instinctifs des instruments d'articulation. Il est probable, comme cela a lieu aussi pour la fissure palatine, que son plus ou moins de netteté doit se proportionner au plus ou moins d'insuffisance du voile ; mais il est aussi des causes qui nous échappent, et qui font que ce parallélisme n'est pas rigoureux.

Tous les malades nasillent, sans exception. Ils offrent ce type de dysphonie que Kussmaul (1) a si bien décrit sous le nom de *rhinolalie ouverte* (par opposition à la *rhinolalie close* des obstructions naso-pharyngiennes) et que Krishaber (2) avait dégagée du groupe confus des nasillements.

(1) Kussmaul. Die Störungen der Sprache.
(2) Krishaber. *Annales des mal. oreille et larynx*, p. 199, 1876.

Digitized by Google

Cette dyslalie présente une fixité absolue et ne varie pas d'un jour à l'autre comme celle qui relève des paralysies du voile. Elle a trois caractères principaux : troubles dans l'émission des voyelles, troubles dans la prononciation des consonnes, troubles de la respiration phonétique.

1° Les voyelles prennent toutes le timbre nasal : elles sont nasillées. A, O, etc., deviennent AN, ON, etc., par suite de l'inocclusion permanente du naso-pharynx qui, dans l'état physiologique, ne doit persister que pendant l'émission de ces diphtongues. Ce premier caractère ne modifie en rien l'intelligibilité de la parole : il lui donne seulement son timbre spécial.

2° Les consonnes sont modifiées; et ce second caractère engendre la défectuosité de l'articulation. Naturellement les deux seules lettres demeurées intactes sont les consonnes M et N. Les *explosives* sont très altérées. Pour les produire, il faut condenser en arrière du point où la bouche, les lèvres vont se fermer pour constituer l'obstacle d'articulation, l'air sur une pression suffisante pour triompher de cette occlusion ; or, chez les gens dont le voile est insuffisant, l'air expiré ne peut acquérir une tension assez forte pour vaincre cet obstacle, puisqu'à chaque instant il trouve un libre dégagement par la voie nasale. B, D, T donnent donc l'impression de M, N; le Q, le K, le G dur surtout ont disparu : ce sont là les lettres les plus atteintes, celles que Fournié (1) appelle glosso-palatines postérieures, car elles se forment par la séparation brusque de la langue, qui s'est étroitement appliquée en arrière contre le voile du palais, accolement que l'insuffisance vélo-palatine rend ici incomplet. Les consonnes *frottantes* et *sifflantes* F, V, L, R, S, exigeant pour se produire une moindre pression expiratrice, sont moins altérées. Cependant ces troubles d'articulation sont sujets à quelques variations: ainsi dans un cas (I) les explosives étaient assez nettement émises; en revanche, la prononciation des frottantes était absolument impossible, la malade y suppléait par un souffle nasal assez intense.

Pour la même raison les malades *ne peuvent siffler*, acte

(1) E. Fournié. *Physiologie de la voix et de la parole.* Paris, 1866.

Digitized by Google

qui exige la condensation de l'air dans la bouche, en arrière des lèvres; ils *ne peuvent souffler* que faiblement : ainsi (I) une bougie cesse de pouvoir être éteinte au delà de 30 centimètres; mais si l'on supplée à l'action insuffisante du voile en pressant les narines, le souffle acquiert une intensité capable d'éteindre cette même bougie à plus de 1 mètre de distance.

3° Enfin la *respiration phonétique est troublée.* Il y a, par la voie pharyngo-nasale sans cesse béante, une fuite par où s'échappe l'air; de sorte que le malade, en parlant, est obligé de reprendre haleine à chaque instant. Ceci peut paraître étrange puisqu'en somme le débit de l'air expiré est réglé par le calibre de la glotte, qui n'a pas à souffrir des altérations pharyngiennes ou buccales. Et cependant qu'on refasse, avec Krishaber, l'expérience suivante : lire à haute voix avec l'air d'une seule expiration, d'abord à bouche normale, ensuite en nasillant; dans le premier cas, la durée de la lecture sera de 20 à 27 secondes, dans le second de 4 à 7 secondes seulement. Krishaber admet que contrairement à ce qui se passe dans le chant, pendant la parole la glotte reste assez largement béante, et que la dépense d'air est surtout réglée par la contraction des régions buccales et pharyngiennes. De plus, comme le dit justement Lichtwitz (1), ces malades cherchent à expulser une plus grande quantité d'air par la glotte afin d'augmenter la provision d'air buccal nécessaire à l'articulation des consonnes.

En outre, pendant les efforts qu'ils font pour se faire comprendre, les malades atteints d'insuffisance vélo-palatine (et ceci du reste est commun à tous ceux qui, pour une raison ou une autre, ont de la rhinolalie ouverte), exécutent *des contractions grimaçantes du nez* et de la lèvre supérieure, auxquelles souvent participent les muscles zygomatiques (I, VI, VIII). Il m'a semblé que ces mouvements exagérés se passent principalement dans les muscles myrtiformes et transverses du nez; ils resserrent les narines et ont pour but de fermer le plus possible l'entrée des fosses nasales afin de s'opposer à la sortie de l'air; les ailes du

(1) Lichtwitz. *Revue mens. de laryngologie*, p. 16, 1886.

Digitized by Google

nez suppléeraient jusqu'à un certain point le voile palatin. Mais cette suppléance est très imparfaite : j'ai vu pendant les efforts de phonation l'orifice naso-narinien se rétrécir, mais jamais s'oblitérer, de sorte que l'air continue à s'écouler en pure perte. Cette action supplémentaire des narines me semble même plus nuisible qu'utile ; elle n'atténue en rien le nasillement ; et l'air, rencontrant à son orifice de sortie un défilé, y produit un *souffle* assez intense, avantageux quand il remplace les consonnes soufflantes buccales, mais au moins inutile quand il se fait entendre pendant l'émission des voyelles, défigurant encore plus leur timbre (I).

L'ensemble de tous ces symptômes caractérise la rhinolalie ouverte : c'est un syndrome assez banal, commun à un certain nombre d'altérations palatines ; il ne présente aucune particularité spéciale dans les cas où il relève de l'insuffisance vélo-palatine; celle-ci peut tout au plus être soupçonnée d'après les troubles fonctionnels qu'elle engendre; elle ne peut être reconnue que par l'examen direct des régions atteintes.

2° *Examen direct.*—Les *lèvres* sont le plus souvent normales. Une fois cependant la lèvre supérieure était trop courte, quoique bien conformée, et laissait voir les dents (XI) ; au reste, cette briéveté labiale peut paraître exagérée par un certain degré de prognathisme dentaire qui s'observe parfois chez les sujets à voûte palatine ogivale ou angulaire. Une anomalie moins rare est l'existence d'un *bec-de-lièvre supérieur* qui, jusqu'ici, a toujours été observé à gauche (IV-X); ceci est d'un grand intérêt théorique et sert à comprendre par quel mécanisme se produit l'anomalie de la voûte osseuse palatine.

Les *incisives supérieures* sont quelquefois mal implantées, chevauchant les unes sur les autres (I. XI) ; cette ataxie dentaire coïncide toujours avec une atrésie marquée des maxillaires supérieurs.

La *voûte palatine* est tantôt de conformation normale (IV-VIII-IX-X), tantôt étroite, profonde, ogivale (I-VII); c'est l'altération correspondant au *V shaped maxilla* des Anglais. Son diamètre transversal est alors diminué, sa

Digitized by Google

hauteur médiane au-dessus du plan horizontal passant par le collet des molaires supérieures, très accrue; un malade ne pouvait pas parvenir à en toucher le sommet avec la pointe de sa langue. Dans ces cas où elle semble formée de deux plans obliques se réunissant sous un angle aigu, l'ataxie dentaire est portée à son maximum. Trélat a noté (VIII) que la largeur de la voûte au niveau de la deuxième molaire était réduite à 40 millimètres, alors que chez un homme bien constitué celle-ci oscille entre 55 et 60 millimètres. La muqueuse palatine garde son aspect ordinaire : on n'y voit jamais ni perforations ni fissures. Parfois, cependant, elle présente en son milieu une *ligne antéro-postérieure blanchâtre* (I-X), sorte de raphé médian cicatriciel, qui se prolonge sur le voile du palais ; cette crête est plus appréciable au toucher qu'à la vue. On peut observer également (I-VII) à la partie postérieure de la voûte, au point de sa jonction avec le voile, une légère *dépression ovalaire* d'aspect blanc grisâtre, lisse, un peu transparente, et tranchant nettement sur la muqueuse rose et mamelonnée qui l'environne. Cette dépression a la dimension d'une fève. Elle ne se montre que quand existe aussi le raphé médian cicatriciel dont j'ai parlé. Tantôt celui-ci la traverse et va se continuer sur le voile du palais ; d'autres fois il se bifurque en avant d'elle, forme deux branches qui l'entourent, et s'effacent peu à peu quand elles atteignent le voile. De chaque côté de cette dépression, la muqueuse se creuse en plis transversaux parallèles, analogues à ceux qui se montrent normalement à la partie antérieure de la voûte.

L'exploration digitale du palais fournit deux renseignements de la plus haute importance. Elle permet de constater :

1° Que la voûte osseuse présente une *brièveté anormale*;

2° Qu'au lieu de se terminer en arrière par un bord lisse et transversal, elle offre en cet endroit une profonde *échancrure triangulaire*.

Cette incisure du bord postérieur du plan osseux palatin n'a manqué dans aucun des cas observés jusqu'ici ; sa forme est sensiblement constante : c'est celle d'un triangle isocèle,

Digitized by Google

d'un V, dont la pointe tournée en avant correspond exactement à la ligne médiane. En arrière, de chaque côté de sa base, peuvent se montrer deux petites saillies osseuses soulevant la muqueuse (I). Les dimensions de cette échancrure sont variables, mais toujours considérables ; une fois Notta a vu la perte de substance occuper exactement la moitié postérieure de la voûte. Ordinairement on mesure de 5 à 15 millimètres de la base à la pointe du triangle; petit, celui-ci est formé seulement aux dépens des lames horizontales des palatins ; plus grand, il peut empiéter sur les apophyses palatines des maxillaires supérieurs. La perte de substance osseuse échappe à la vue, puisque toujours elle est comblée par le passage de la muqueuse, mais elle pourrait parfois être soupçonnée. Or, c'est à elle que correspond cette dépression ovalaire médiane qui a été plus haut signalée dans deux cas.

Il est facile également, même par une mensuration approximative, de constater que le diamètre antéro-postérieur de la voûte du palais est considérablement réduit. Mesuré depuis le bord libre des incisives supérieures jusqu'à une ligne transversale correspondant à la base de l'incisure triangulaire palatine, il a été trouvé égal à 46 millimètres (I), 32 millimètres (VII), 44 millimètres (VIII), 40 millimètres (X), parfois plus court encore (XII). Or, dans une bouche bien conformée, il mesure environ 60 millimètres. Quant à cette même distance, mesurée seulement jusqu'à la pointe de l'échancrure, elle oscille entre 30 et 40 millimètres.

En résumé : *brièveté anormale et échancrure médiane postérieure du plan osseux du palais avec intégrité de la couche muqueuse*, telle est la lésion constante qui, au point de vue anatomique, caractérise la malformation que j'étudie.

Le voile du palais ne présente aucune altération. C'est là un point qu'on ne saurait trop mettre en évidence, attendu que Passavant a tenté de faire jouer à son prétendu raccourcissement un rôle capital dans la genèse du nasillement. Dans tous les cas où il a été mesuré, son diamètre antéro-postérieur, depuis sa naissance jusqu'à la racine de la luette, a été trouvé égal à 24 millimètres (I), 30 milli-

Digitized by Google

mètres (VII), 35 millimètres (VIII) ; or, chez les sujets bien constitués et ne nasillant pas, ce diamètre est en moyenne de 24 millimètres et peut tomber à 20 millimètres. Passavant (V) parle d'un raccourcissement du voile, mais ne donne pas de chiffres. Kayser (XII) attribue l'insuffisance du voile à sa brièveté ; mais de l'ensemble des mesures qu'il a prises, il résulte que dans son observation le voile avait une longueur d'environ 23 à 25 millimètres, ce qui est normal. *Donc, dans aucun cas, le voile n'est raccourci.* Sa muqueuse a gardé son apparence ordinaire ; elle peut cependant présenter en son milieu le prolongement d'un raphé blanchâtre qui, du palais, va se perdre vers la naissance de la luette. Pas de troubles de la sensibilité ; le réflexe nauséeux a pu être trouvé accru (I), ce qui semblait dû à la présence d'un certain degré de pharyngite chronique. J'ai déjà dit que le voile se meut sans aucune gêne : même ses mouvements peuvent être exagérés (I), comme s'il essayait de compenser son insuffisance par un excès de contraction. Trélat a signalé la petitesse de la loge amygdalienne avec légère atrophie des piliers postérieurs (VII), mais il s'agit là d'un fait isolé. Plus souvent au contraire les amygdales sont grosses ; or, il semble que cette anomalie dans le fonctionnement de la gorge entretienne en cette région un certain degré d'irritation chronique (I-XI); il peut même y avoir épaississement de la tonsille pharyngienne (XI), et chez ma malade on dut pratiquer une double amygdalotomie.

Dans tous les cas, on a noté *une luette bifide.* Exceptionnellement cet appendice est rudimentaire (VII). Nous verrons plus loin la haute signification de cette division anomale ; pour le moment, qu'il me suffise de dire qu'il est aujourd'hui absolument démontré (Passavant, Trélat), que la bifidité de la luette ne peut aucunement modifier le timbre de la voix.

L'*espace naso-pharyngien* (ou mieux, rétro-vélo-pharyngien) a des dimensions anomales et il offre deux ordres de modifications, d'ailleurs connexes. Pendant la plus énergique contraction du voile, son orifice inférieur demeure béant et continue à le faire communiquer librement avec le

Digitized by Google

pharynx inférieur, ce qui est la cause du nasillement et de la déperdition de l'air expiré. Et quand le voile est au repos, il présente une exagération notable de son diamètre antéro-postérieur. Comme l'arrêt de développement fœtal n'a porté que sur le maxillaire supérieur, respectant le crâne et la colonne vertébrale, il en résulte que la distance qui sépare les incisives de la paroi pharyngienne postérieure n'a pas varié; cette distance est formée de la somme de diamètres antéro-postérieurs (ou mieux, de leur projection) du palais, du voile et de l'espace pharyngien ; mais comme le voile conserve sa longueur normale, il s'ensuit que nécessairement le pharynx nasal s'allonge d'une longueur exactement égale à celle dont se raccourcit le palais ; et ainsi les variations de celui-ci commandent aux variations de l'insuffisance vélo-palatine, et, par conséquent, aux divers degrés de nasillement.

Cet accroissement du diamètre antéro-postérieur du pharynx est assez aisé à constater pour un observateur exercé. Il est parfois tel qu'à la simple ouverture de la bouche cette malformation saute aux yeux (VII) ; rien n'est plus facile dans ce cas que de pratiquer le toucher naso-pharyngien et de constater non seulement que le doigt se meut dans une cavité plus grande, mais encore que le voile a conservé sa souplesse. Plus souvent il demande à être recherché, et c'est alors que pour qui n'examine pas attentivement ces parties, une erreur de diagnostic est presque inévitable. La mensuration et la rhinoscopie postérieure fournissent les moyens de sortir d'embarras.

J'ai montré plus haut qu'à l'état normal la distance qui sépare la face postérieure de la luette de la paroi pharyngienne postérieure est en moyenne de 13,5 millimètres pendant le relâchement du voile; que pendant l'émission des voyelles claires A, E, I, elle devient virtuelle, tout au moins au point de vue clinique, qui seul nous intéresse. Or, dans le cas d'insuffisance vélo-palatine, cet espace mesure une profondeur variant de 20 (XI), 21 (I) à 30 millimètres (XII) à l'état de repos ; et quand le voile se contracte et se relève au maximum, loin de s'effacer, il se réduit à 10 milli-

Digitized by Google

mètres environ. Si, contrairement à ce que j'ai dit il y a un instant d'une façon un peu théorique, ce chiffre est plus faible que celui qui mesure le raccourcissement de la voûte palatine, c'est qu'évidemment, à la longue, le voile a dû exagérer ses contractions pour compenser un peu son insuffisance; et c'est peut-être ce qui fait, qu'à mesure que le malade avance en âge, le nasillement s'atténue.

C'est surtout quand on essaie de pratiquer la rhinoscopie postérieure que l'on se rend bien compte de ce défaut d'occlusion de l'espace naso-pharyngien ; presque on la peut faire ici avec un grand miroir laryngien. Et elle est encore possible quand le malade émet la voyelle A (I-XI-XII), ou même quand il fait des efforts de vomissements (XI), conditions dans lesquelles elle est d'ordinaire impraticable. Dans aucun cas il n'est mentionné qu'elle ait fait constater une contraction complémentaire du constricteur supérieur du pharynx.

Pour achever l'étude de ces signes objectifs, il convient de dire quelques mots des altérations que présentent les *cavités nasales*. Le nez n'est pas modifié dans son apparence extérieure quand le malade est au repos ; mais vient-il à parler , alors se montrent les contractions grimaçantes signalées déjà et qui aplatissent les ailes des narines. La cloison présente en avant une *déviation horizontale* que pouvait déjà laisser pressentir la déformation ogivale de la voûte palatine, en général pourtant peu accentuée. La modification la plus intéressante est l'*obliquité du bord postérieur du vomer*. Par suite du raccourcissement de la voûte du palais, l'insertion postéro-inférieure du septum est reportée très en avant, jusqu'au niveau de la pointe de l'échancrure triangulaire palatine; et comme en haut son point d'implantation n'a pas varié, il en résulte pour son bord postérieur une inclinaison très grande ; le doigt, porté dans le naso-pharynx, constate l'absence d'une partie du vomer. Il va sans dire que ces malformations du nez ne présentent aucune individualité propre : elles ne sont qu'une conséquence inévitable des anomalies de la voûte palatine, considérées en tant que plancher des fosses nasales.

Digitized by Google

VI

L'*évolution* de cette malformation du palais et de l'insuffisance vélo-palatine qui la traduit cliniquement n'est pas un des moindres traits caractéristiques de son histoire. Elle est congénitale : tous les malades observés déclarent avoir *toujours nasillé*. Chez certains, le défaut de prononciation s'est maintenu immuable à travers toute la vie. D'autres ont vu avec les années survenir une amélioration sensible dans leur langage (VII-IX); le timbre nasillard de leur voix s'est peu modifié, mais la prononciation des consonnes s'est notablement perfectionnée; et adultes, ils peuvent prononcer des mots qui leur étaient interdits étant enfants. Chez eux, par un long entraînement, la suppléance des parties molles corrige en partie l'insuffisance des os. Mais cette amélioration du langage ne se produit qu'assez tard. Tant qu'il est jeune, le malade, entouré de parents habitués à comprendre les moindres nuances de ses grognements, ne cherche point à mieux parler; plus tard, les nécessités de la vie le contraignent à se corriger.

VII

La seule *étiologie* de l'insuffisance vélo-palatine, c'est l'*hérédité*; et en ceci cette malformation confond son histoire avec celle de la fissure palatine, avec laquelle elle a déjà tant de points d'affinité.

Les observations négatives n'ont ici que peu de valeur pour infirmer les faits positifs; elles ne traduisent que l'insuffisance de l'enquête, qu'il est si difficile de faire complète sur tous les membres de la famille du malade. En parcourant les observations que je rapporte plus loin, on trouve que dans plusieurs cas ce caractère familial s'affirme : tantôt (VI) le malade a une sœur atteinte d'une gueule-de-loup; une autre fois (XII), le frère aîné et la sœur cadette du sujet observé présentent tous deux une fissure complète du

Digitized by Google

palais. Un malade de Trélat (VIII) ayant une insuffisance vélo-palatine pure, a deux filles atteintes de perforation congénitale du voile. Il semble que le plus souvent cette hérédité soit *indirecte*. Dans les familles, le bec-de-lièvre, la fissure classique du palais alternent avec la simple brièveté de la voûte osseuse. D'autres fois elle est *directe*, et Krishaber (1) fait remarquer que si le nasillement se montre parfois chez tous les membres d'une même famille, cela tient à une disposition anatomique héréditaire du squelette, aboutissant à une brièveté (?) du voile du palais.

On sait que chez les enfants atteints de bec-de-lièvre ou de gueule-de-loup sont relativement fréquentes les malformations diverses en d'autres points du corps. Pareille association pathologique n'a pas été relevée chez les sujets atteints d'insuffisance vélo-palatine.

VIII

La *pathogénie* de l'insuffisance vélo-palatine a donné lieu à quelques discussions. On peut ramener à deux données principales les opinions émises à ce sujet : 1° Pour la majorité des observateurs (Passavant, Wolff, Trélat), le malade présentait à sa naissance une fissure vulgaire de la voûte palatine; celle-ci s'est réunie dans les premières années de la vie; mais l'atrophie et la non-coalescence des parties osseuses a persisté, maintenant le nasillement, de telle sorte que l'insuffisance vélo-palatine ne serait qu'une malformation congénitale guérie, incomplètement il est vrai; 2° Pour d'autres au contraire (Kayser), l'anomalie palatine a été définitivement fixée pendant la vie intra-utérine : tel il est né, tel se présente à nous le palais.

Il faut avouer que pour défendre la première hypothèse, se massent de nombreux arguments. L'interrogatoire des malades plaide parfois dans ce sens. Un homme observé par Trélat (VII) semblait avoir présenté à l'âge de 10 ans une fissure palatine encore assez grande, puisqu'un

(1) *Loc. cit.*, p. 203.

Digitized by Google

chirurgien avait voulu faire à cette époque une opération, sur laquelle de reste il n'était pas resté de renseignements précis. D'autre part, le raphé médio-palatin blanchâtre, d'aspect cicatriciel noté dans plusieurs cas, et principalement la dépression ovalaire, avec aspect fibreux de la muqueuse, deux fois observée au niveau de l'échancrure sous-jacente, témoignent singulièrement en faveur d'une perte primitive de substance des parties molles, qui se serait ultérieurement cicatrisée. Au reste cette guérison spontanée pendant l'enfance d'une fissure palatine, n'est pas impossible (Passavant). Et à ce propos Wolff fait remarquer avec amertume combien peu il faut attendre de l'uranoplastie, de la staphylorrhaphie, puisque même quand la nature fait elle-même les frais de la guérison du bec-de-lièvre, et cela par les meilleurs moyens possibles, sans perte de substance, la voix cependant conserve son timbre nasillard.

Mais en regard de ces faits, il faut en placer d'autres, où un examen fréquemment répété, provoqué par le défaut de prononciation, n'a jamais révélé chez le malade enfant l'existence d'une perforation palatine (I). D'autre part, la présence de ce raphé fibreux ne témoigne pas nécessairement de l'existence d'un travail curateur qui se serait fait après la naissance. Au contraire ces lignes cicatricielles sont communément désignées sous le nom de *guérison intra-utérine du bec-de-lièvre*. Langenbeck (1) a vu plusieurs enfants présenter en venant au monde des cicatrices indiquant une oblitération intra-utérine d'une fissure du voile, et, *chose curieuse,* ajoute-t-il, ils parlaient avec la même voix nasillarde que s'ils eussent eu une gueule-de-loup; malheureusement, il ne donne pas de détails sur ces cas, qui auraient peut-être pu, il me semble, rentrer dans le cadre de cette étude. Dieudonné, Passavant, Jacquin, A. Broca, etc., ont rendu classique la possibilité de la guérison du bec-de-lièvre dans le sein de la mère.

Il serait possible, et on l'a essayé, de mettre tout le monde d'accord et de ramener ces deux hypothèses à une seule en

(1) Langenbeck. — *Archiv. für Klin. Chirurgie*, vol. 5, 1864, page 73.

Digitized by Google

considérant l'insuffisance vélo-palatine, telle que je l'ai décrite, comme la seconde phase d'une incomplète évolution du palais, qui, à une première période, aurait été caractérisée par une fissure complète de la voûte et du voile; à un moment donné, une réunion imparfaite aurait eu lieu; et comme reliquats de la séparation antérieure il resterait l'échancrure postérieure avec atrophie du plan osseux palatin et la bifidité de la luette, qui n'ont encore manqué dans aucun des cas observés. Seulement ce « moment donné » pourrait se rencontrer aussi bien avant qu'après la naissance. Or, c'est à mon avis une subtilité pathogénique, que de considérer comme un travail morbide une cicatrisation intra-utérine, même imparfaite, d'un bec-de-lièvre; car dès lors, comme le fait très judicieusement remarquer A Broca, tout homme peut-être dit *guéri du bec-de-lièvre* dont il est normalement porteur au début de la vie embryonnaire (1).

IX

Il en est de l'insuffisance vélo-palatine comme de beaucoup de curiosités pathologiques; il suffit d'y penser pour la reconnaître aisément. Mais le plus souvent l'on n'y songe point; et du reste cette malformation est peu connue. Elle ressemble tant à d'autres affections bien classées en nosologie courante, que, plus d'une fois, un examen hâtif l'a dû confondre dans leur groupe. La prendre pour une paralysie du voile, c'est une grossière faute d'observation, facile à éviter; mieux vaut encore rester dans le doute, quoiqu'à tout bien considérer elle ne s'entoure pas de tant d'obscurité. Voyons donc quels signes peuvent en éclairer le *diagnostic*.

Un nasillement intense, ayant commencé avec la vie, voilà ce qui la caractérise fonctionnellement. Rien que cela doit faire écarter toute idée de maladie et suggérer d'emblée la pensée d'un vice de conformation. Mais cette malformation qu'elle est-elle? Faites ouvrir la bouche des malades et à première vue vous n'y trouverez rien qui explique la dys-

(1) A. Broca. — *Loc. cit.*, page 12.

Digitized by Google

lalie; or ne vous étonnez pas, c'est justement cette symptomatologie paradoxale qui doit vous mettre sur le chemin de la vérité. Le palais n'est pas perforé, le voile est normal et mobile, le cavum est libre; cependant observez attentivement; l'espace naso-pharyngien est trop grand et le voile n'arrive pas à le fermer; touchez du doigt : il y a, cachée par la muqueuse, une profonde échancrure de la voûte osseuse palatine; mesurez avec soin les parties : le palais est trop court, le cavum est trop profond. Enfin la bifidité de la luette, stigmate constant, témoigne d'un trouble dans l'évolution buccale. Voilà un signalement assez précis et essentiellement individuel.

Je reconnais pourtant que les traits qui le composent ne nous sont pas familiers et peuvent ne pas frapper un observateur non prévenu; mais en tous cas, cette physionomie morbide n'a que des airs de parenté fort vagues avec les diverses espèces pathologiques qui engendrent le nasillement. Et je désire montrer qu'en présence d'une insuffisance vélo-palatine, s'il n'est pas toujours aisé de dire qui elle est, il est en revanche très simple de dire qui elle n'est pas. Les éléments de ce *diagnostic différentiel* sont classiques.

Parmi les malades qui nasillent, il faut établir deux grandes catégories. A l'état normal, suivant que le voile du palais abaissé ou relevé permet ou non aux sons laryngiens de se répercuter dans les résonnateurs du nez, les voyelles prennent le timbre nasal A N, E N, O N, etc., ou gardent le timbre clair A, E, I, O, etc. Or chez les nasillards, les choses se passent différemment. Tantôt (fissure palatine, perforations, paralysie du voile), la communication avec le nez ne peut-être interceptée à aucun moment : tous les sons, prennent donc le timbre nasal. D'autres fois (végétations adénoïdes, ankyloses palato-pharyngée, coryzo même), la communication demeure interrompue en permanence; aucun son ne prend plus le timbre nasal. Et la prononciation des consonnes subit des altérations parallèles à celles des voyelles. De là deux types de malades. Les uns nasillent par excès, les autres par défaut. Cette distinction fondamentale, déjà nettement indiquée par Krishaber a été définitivement consacrée par

Digitized by Google

Küssmaul, sous le nom de *rhinolalie ouverte* et *rhinolalie fermée*. Avec un peu d'attention, il est facile en clinique de saisir toute la différence qui sépare ces deux antipodes du nasillement. On peut s'étonner que de grands observateurs les aient si longtemps confondus : ainsi Passavant, H. Paul avouent ne point comprendre comment des altérations anatomiques à tendances essentiellement différentes, qui ouvrent ou qui ferment la voie nasale, aboutissent à produire le même syndrome phonétique.

Quoi qu'il en soit, ceux qui nasillent, grâce à une insuffisance vélo-palatine, nasillent par excès : et ceci posé, il suffit de distinguer leur affection de celles qui peuvent engendrer la rhinolalie ouverte. Cette différenciation est élémentaire. La *fissure*, la *perforation* du *palais* ou du *voile*, auxquelles fait songer l'ancienneté du nasillement cessent d'être soupçonnées dès que le malade ouvre la bouche. Non plus la *paralysie du voile* ne peut être incriminée, puisque celui-ci se meut librement, avec exgération même, puisque sa sensibilité n'est point altérée: il n'est du reste pas dans les habitudes de cette affection de durer toute la vie. Il n'y a non plus pas de *tumeur du cavum* empêchant mécaniquement le relèvement de ce rideau ; l'examen rhinoscopique postérieur lève les doutes à cet égard.

Quand on a successivement éliminé toutes ces hypothèses, on demeure le plus souvent dans le doute. On peut croire à une conformation normale des parties, penser qu'il ne s'agit là que d'un trouble purement fonctionnel résultant d'une mauvaise éducation, une *mauvaise habitude du langage* acquise dans l'enfance; cette idée était d'abord venue à Trélat en présence d'un cas semblable. On pourrait accuser aussi *l'imitation* : Langenbeck cite, dans cet ordre d'idées, le cas d'un jeune garçon ayant comme unique camarade de jeu son frère aîné atteint d'une fissure palatine, et nasillant comme lui, bien qu'il eut le voile du palais intact. Mais y avait-il réellement imitation dans ce cas? n'était-ce pas plutôt l'effet d'une malformation palatine héréditaire aboutissant chez l'aîné à la fissure totale, chez le cadet à la seule brièveté palatine? La mensuration minutieuse des régions suspectes

Digitized by Google

permet d'affirmer l'altération anatomique là où on serait tenté de ne voir qu'une ataxie fonctionnelle; mais ce mode d'investigations est peu dans nos habitudes. Je suis persuadé que si on l'appliquait plus souvent, le nombre des cas d'insuffisance vélo-palatine croîtrait bientôt ; il suffirait que l'attention fut mieux attirée sur de tels cas; et ce mémoire remplirait son but s'il l'y fixait.

X

La médecine n'a pas le pouvoir de modifier l'architecture du corps humain. Aucun *traitement* médical ne peut convenir ici, pas même l'électrisation du voile, fut-elle appliquée dans l'intention d'amener dans les péri-staphilins des contractions exagérées, capables de restreindre l'intensité du nasillement. Du reste cette méthode appliquée dans les cas où l'on croyait à tort à une paralysie vélo-palatine, est restée impuissante. Ici, comme dans le bec-de-lièvre compliqué, il y a une perte de substance à réparer, avec cette différence pourtant que la réparation ne doit pas viser l'organe qui est le siège du mal; le défaut est au palais, le traitement doit s'adresser au voile. Nous possédons trois ordres de moyens pour atténuer les inconvénients de ces difformités palatines; la rééducation de la parole, les appareils de prothèse, les interventions opératoires.

Le *traitement orthophonique* qui est un auxiliaire si utile de l'intervention chirurgicale à la suite de la staphylorrhaphie, ne donnera ici que peu de résultats. Il sera surtout à essayer chez l'enfant puisque nous avons vu que de lui-même, l'adulte, à mesure qu'il avance en âge, arrive à améliorer sa prononciation. Chervin (1) a en nettement posé les règles. Tout d'abord déclarer au malade, avant de commencer, qu'il ne parlera jamais comme tout le monde, qu'on lui donnera une parole intelligible, mais qu'on ne fera pas disparaître le nasillement. Puis lui apprendre à respirer méthodiquement, à tâcher de ne laisser échapper l'air que par la bouche; l'exercer à pro-

(1) Chervin. — *Congrès Français de Chirurgie*, 1889.

Digitized by Google

noncer les voyelles, plus tard les consonnes, en commençant par celles qui sont le moins mal articulées. Pendant les deux mois que dure le traitement, le malade doit, en dehors de ses leçons, garder le silence; s'il parle, l'habitude ancienne fera reparaître l'articulation défectueuse.

L'application d'un *appareil prothétique* amène un résultat meilleur et en tous cas plus rapide. Il faut ici employer un voile artificiel; Kingsley, Suersen, Préterre en ont construit des modèles très perfectionnés. Grâce à eux, et surtout quand le malade s'est un peu habitué à leur emploi, la phonation peut devenir d'une correction surprenante. Mais ces appareils présentent de grands défauts; prenant point d'appui sur les dents, à la longue ils les ébranlent et en amènent la chute. Cet inconvénient peut être éludé dans le cas de gueule-de-loup, grâce à la modification que Préterre a introduite dans ces pièces artificielles et qui les fait s'appuyer non sur les dents, mais sur les bords de la fissure du palais; il n'est pas évitable dans le cas de simple insuffisance vélo-palatine. Plus rarement ils peuvent tomber dans le larynx et dans l'œsophage. Enfin presque toujours ils sont d'un port si gênant, que le malade préfère encore son nasillement à leur emploi.

Une *opération* autoplastique donnerait-elle de meilleurs résultats? On sait que les chirurgiens sont à peu près d'accord sur ce point, que dans la division congénitale du palais et du voile, à moins qu'il ne s'agisse d'une énorme perte de substance, le malade a plus d'avantage à retirer d'une urano-staphylorrhaphie que d'un appareil obturateur. Mais cette donnée est-elle applicable au cas actuel où il y a lieu, non pas seulement d'obturer un orifice inutile et gênant, mais de rétrécir un espace dont le trop ou le trop peu d'étendue altèrent également la voix ?

Passavant (1) s'est proposé de résoudre ce problème opératoire. Il considère surtout les cas où après la staphylorrhaphie, le nasillement persiste parce que le voile restauré est trop petit pour pouvoir fermer le pharynx, mais sa méthode

(1) Passavant. — *Arch. f. Klin. Chirurgie.* Bd VI, Heft, II, 333. Traduit par S. Duplay, *in Arch. gén. Médecine*, 1865, tome V.

Digitized by Google

s'applique aussi aux faits où l'insuffisance du voile résulte de sa brièveté congénitale sans fissure. Nous avons vu que c'est à tort que Passavant croit que l'insuffisance vélo-palatine pure dépend de ce que le voile est trop court; en réalité celui-ci est normal, le palais seul étant raccourci. Mais peu importe au chirurgien cette distinction pathogénique; en fait, il y a un voile *fonctionnellement* trop court qu'il s'agit de corriger.

Le but de l'opération doit être l'occlusion partielle du pharynx; il faut établir chez ces malades une adhérence artificielle du voile du palais à la paroi pharyngienne, assez étendue pour qu'ils en tirent bénéfices, assez limitée pour qu'ils n'en ressentent pas d'inconvénients. L'idéal à réaliser serait de rendre possible l'occlusion du pharynx par la contraction des muscles du voile, sans que le passage de l'air par les narines soit aboli pendant que ces muscles sont relâchés. Pour arriver à ce but, Passavant a successivement essayé trois opérations différentes.

A. Quand le pharynx est très étroit, il réunit sur la ligne médiane les piliers postérieurs, après avivement. Cette opération, pratiquée trois fois, a amélioré la voix, mais sans cependant donner de résultats satisfaisants.

B. Passavant préfère le procédé suivant, imaginé par lui, et qui dans un cas rendit à une malade une voix presque normale. Il le nomme *staphylopharyngorrhaphie*.

Incision transversale du voile du palais en son milieu; avivement de la face postérieure du lambeau inférieur du voile; avivement des parties correspondantes de la paroi postérieure du pharyux. Puis suture des deux surfaces avivées. La plaie tranversale du voile du palais se ferme bientôt après l'opération, comme le font les incisions latérales de la staphylorrhaphie. Quand l'opération a été bien conduite, le malade doit cesser de nasiller, tout en continuant à respirer par le nez.

C. Dans un autre cas, Passavant fit une opération plus facile à exécuter. Renversement en arrière de la totalité du voile du palais et suture au pharynx.

Malheureusement, de l'aveu même de leur auteur, ces

Digitized by Google

procédés n'ont presque toujours donné que des résultats fort insuffisants. Au reste, Passavant, en les imaginant, s'est appuyé sur une donnée absolument fausse. Il commence par déclarer que les gens qui ont une adhérence totale du voile au pharynx, n'ont pas la voix nasillarde. C'est là une erreur grave : ils n'ont pas de rhinolalie ouverte, mais ils ont de la rhinolalie fermée, un peu moins disgracieuse à la vérité. Aussi Hermann Julius Paul (1) a-t-il critiqué très sévèrement l'opération de Passavant. Il ne saisit pas la différence capitale qui sépare les deux types de rhinolalie, mais par de nombreux exemples, il montre que l'adhérence pathologique du voile au pharynx est par elle-même une cause de nasillement, qu'on parle du nez aussi bien par excès que par défaut d'occlusion pharyngienne, et que les conséquences des opérations précédentes sont nécessairement impuissantes à améliorer une voix nasillarde, puisqu'elles ne font que substituer l'une à l'autre deux malformations anatomiques également incompatibles avec une parole saine. Paul conseille donc, pour améliorer la voix après la staphylorrhaphie, de rendre le voile plus large et plus mobile par des incisions latérales, au besoin traversant toute son épaisseur, incisions qui se ferment par du tissu de granulations et qu'on répèterait à plusieurs reprises. Cette méthode donnerait-elle de bons résultats dans le cas d'insuffisance vélo-palatine? la chose n'a pas encore été tentée, que je sache.

On voit donc combien peu efficaces sont les moyens dont nous disposons pour atténuer le nasillement qu'engendre l'insuffisance congénitale du voile, et il est pénible de ne pouvoir soulager les malheureux qui viennent nous demander la guérison d'une infirmité grave, qui entrave leurs relations sociales. Cependant mieux vaut pour eux garder leur nasillement que de subir les opérations de Passavant. Certainement ce serait améliorer la prononciation que de transformer la rhinolalie ouverte en rhinolalie fermée. Mais la première n'est qu'une infirmité très gênante quoique ne troublant en

(1) H.-J. Paul (de Breslau). — *Arch. f. Klin. Chirurgie*, Bd VII, 199. Traduit par Verneuil, *Arch. gén. de Méd.*, 1865, tome VI, page 422.

Digitized by Google

rien la santé; la seconde, au contraire, entraîne à sa suite toutes les conséquences graves que cause la suppression de la respiration nasale, qui toujours l'accompagne. Guéri de son opération, le malade ne pourra plus désormais respirer que par la bouche, et l'on sait l'iliade de maux qui en peuvent résulter pour lui.

L'insuffisance vélo-palatine n'ayant encore fait l'objet d'aucun travail monographique, je rapporte ci-dessous les rares observations que j'ai rencontrées dans la littérature médicale, et qui m'ont paru s'y rapporter.

Observation I (personnelle).

Rhinolalie ouverte congénitale attribuée à tort à une paralysie du voile du palais. — Brièveté par arrêt de développement et échancrure osseuse de la voûte palatine; voile du palais normal, mais reporté en avant; d'où une occlusion de l'isthme pharyngo-nasal par insuffisance vélo-palatine.

Mlle Brub... (Catherine), âgée de 20 ans, entre au mois d'août 1891 à l'hôpital Lariboisière, dans le service du Dr Gouguenheim, que j'ai l'honneur de suppléer. Sa santé générale est excellente; mais elle est atteinte d'un défaut de prononciation qui rend ses paroles presque incompréhensibles; et c'est pour se débarrasser de cette infirmité qu'elle réclame nos soins. Elle parle en nasillant avec cette forme typique de dyslalie que Küssmaul a désignée du nom de rhinolalie ouverte. Le diagnostic de paralysie du voile du palais vient immédiatement à l'esprit. Il fut en effet posé par le médecin qui la vit avant son entrée; celui-ci avait même pratiqué quelques séances d'électrisation du voile, bien inutiles du reste; inutilement aussi il avait excisé deux grosses amygdales palatines qui semblaient pouvoir gêner, par leur volume, les mouvements du voile du palais.

Cette malade, en effet, n'a pas de paralysie du voile; et cela pour plusieurs raisons : 1° parce qu'elle parle incorrectement depuis sa plus tendre enfance; 2° parce que dans son passé morbide on ne relève qu'une fièvre typhoïde légère, qui n'a

Digitized by Google

aucunement aggravé le trouble de la parole ; 3° parce qu'enfin l'examen direct montre que les mouvements du voile sont normaux.

Nous nous trouvons ici en présence d'une affection rare, dont les livres classiques parlent à peine : semblable à la paralysie du voile par ses signes rationnels, mais nettement individualisée par ses caractères objectifs.

Les troubles phonatoires sont ceux de la rhinolalie ouverte, ceux qui résultent de la communication permanente du pharynx avec les fosses nasales. Ils présentent un caractère de fixité remarquable; il n'y a pas d'un jour à l'autre de variations dans le degré de la dyslalie. Toutes les voyelles prennent le timbre nasal : A, E, O, etc., deviennent AN, EN, ON; et elles s'accompagnent d'un souffle nasal qui les rend presque indistinctes. Parmi les consonnes, deux seulement, M et N sont nettement exprimées ; les autres subissent des altérations difficiles à analyser, la malade superposant à sa prononciation vicieuse un fort accent alsacien. Les consonnes soufflées sont les plus modifiées : J, CH, F, V et surtout S sont inintelligibles; la malade y supplée en soufflant fortement par son nez, dont les narines se contractent énergiquement à ce moment. Les explosives sont moins atteintes : G dur, K s'énonçent assez bien; enfin B, D sont légèrement transformées en M et N. De plus, par suite de la fuite d'air qui a lieu par le nez, la malade, en parlant, reprend haleine à chaque instant. Pour éteindre une bougie à la distance de un mètre, elle doit se pincer le nez pendant qu'elle souffle ; vient-elle, au contraire, à laisser ses narines ouvertes, la bougie cesse d'être éteinte au delà de 30 centimètres. Ce sont là, en somme, les symptômes classiques de la paralysie du voile du palais ; à cela il faut ajouter que de temps en temps les boissons refluent par le nez. L'odorat ni le goût ne sont pas émoussés.

Si maintenant on vient à faire l'examen de la cavité buccopharyngienne, voici ce qu'on trouve :

La *lèvre supérieure* est normale, non raccourcie, ne découvre pas les dents et ne présente pas trace de division congénitale.

La *voûte du palais* est ogivale, très surélevée, étroite dans le sens transversal, d'où résulte une certaine ataxie des incisives supérieures, qui chevauchent l'une sur l'autre. Elle ne présente pas de perforation ; mais en son milieu, à l'endroit où elle s'unit au voile, elle montre une dépression légère de chaque

Digitized by Google

côté de laquelle partent quelques petits plis transversaux d'environ un centimètre de long, parallèles entre eux et perpendiculaires au raphé. Le palais présente de plus un raphé médian, blanchâtre, semblable à une cicatrice linéaire, lequel à son extrémité postérieure se divise en deux branches venant entourer la dépression signalée plus haut; ce raphé cesse là où commence le voile. La malade affirme n'avoir jamais eu de perforation palatine. Plusieurs fois pendant son enfance, à cause de sa prononciation vicieuse, elle fut examinée à ce point de vue par des médecins qui s'attendaient à rencontrer une telle lésion ; toujours le résultat de l'examen fut négatif. Mais si l'inspection visuelle n'indique pas d'anomalie de la région, au contraire le toucher digital fait constater une altération sensible du plan osseux du palais. Au lieu de se terminer en arrière par un bord net et transversal, il présente une encoche en forme de V, à pointe antérieure, occupant environ le quart de la distance antéro-postérieure de la voûte palatine; de chaque côté, cette encoche se termine en arrière par une petite saillie osseuse correspondant aux plicatures que j'ai signalées sous la muqueuse. Seulement, cette division osseuse est masquée par les parties molles qui la comblent. Il est aisé, d'ailleurs, de remarquer que la voûte palatine a une brièveté anormale ; en la mesurant avec une tige souple qui suit sa concavité, on trouve 40 millimètres du bord libre des incisives supérieures à la pointe du V, et 46 millimètres jusqu'à la ligne transversale qui unit les extrémités postérieures de l'encoche palatine.

Le voile du palais ne présente aucune altération ; il ne montre ni perforation ni incisure; le raphé médian cicatriciel observé sur la voûte palatine ne se prolonge pas sur lui. Il a sa concavité normale; les deux piliers conservent leur situation habituelle et circonscrivent une loge amygdalienne non rétrécie. La luette, dans sa moitié inférieure, est bifide. Le voile a gardé toute sa sensibilité au contact : même le réflexe nauséeux est légèrement augmenté. *Il se meut avec facilité;* il semble même exécuter des mouvements un peu exagérés, comme pour compenser l'action de la cause qui engendre le nasillement. Il y a loin de là à la paralysie antérieurement diagnostiquée. Sa longueur antéro-postérieure, mesurée jusqu'à la base de la luette, est de 24 millimètres, ce qui est une dimension normale : *il n'est donc pas raccourci.* Et cependant, malgré ses plus énergiques efforts, il n'arrive à aucun moment

Digitized by Google

à se mettre en contact avec la paroi pharyngienne postérieure; cette impuissance est surtout appréciable à la rétro-rhinoscopie, que l'on pratique avec une facilité extrême, et qui laisse encore voir les choanes, même quand la malade prononce la voyelle A. A l'état de repos, on mesure 21 millimètres entre la face postérieure de la luette et la paroi vertébrale du pharynx. Dans les efforts maxima de rétropulsion du voile, cette distance demeure encore supérieure à 10 millimètres. Cette impuissance du voile à fermer l'orifice naso-pharyngien est la seule cause du nasillement. Les faits peuvent ainsi s'expliquer : le voile a ses dimensione normales; mais la voûte palatine étant congénitalement trop courte, son insertion antérieure est reportée en avant de plus d'un centimètre, d'où résulte que parallèlement son bord postérieur est trop écarté de un centimètre de la paroi pharyngienne. Il est à remarquer que ni les piliers postérieurs ni les constricteurs supérieurs du pharynx n'effectuent ici de contractions exagérées tendant à suppléer à l'insuffisance du voile.

Il y a, de plus, un faible degré de pharyngite granuleuse, de peu d'importance. Le toit du cavum présente une légère inflammation catarrhale; enfin les amygdales palatines montrent encore les traces d'une amygdalotomie récente et incorrecte.

L'examen *du nez* offre peu d'intérêt. A la rhinoscopie antérieure, on note une légère déviation compensée de la cloison, sans rhinite chronique appréciable. Les cornets ne sont pas gros. A la rhinoscopie postérieure, on constate une *inclinaison marquée du septum*, dont le bord postérieur est très oblique en bas et en avant ; ce qui résulte de ce que son insertion inférieure est rejetée en avant par suite du raccourcissement de la voûte osseuse du palais. Extérieurement, le nez est normal, non arrêté dans son développement; mais il présente une particularité intéressante : on voit se produire pendant la parole une contraction énergique des muscles transverse et myrtiforme, qui amène un affaissement des ailes du nez et un retrécissement actif du détroit supérieur des narines ; il semble que ces muscles cherchent à fermer en avant la voie nasale que le voile du palais n'arrive plus à intercepter en arrière ; ils n'y parviennent pas ; l'orifice narino-nasal se rétrécit, mais ne se ferme pas sur leurs efforts.

Cette malade ne présente nulle autre malformation. Aucun de ses parents, dit-elle, ne possède de bec-de-lièvre ou de vices de prononciation. J'ai seulement pu examiner sa sœur

Digitized by Google

aînée, chez laquelle j'ai constaté une conformation normale de la bouche et du pharynx.

Observation II (résumée).

Roux. — *Mémoire sur la staphylorrhaphie*, 1825, page 84.

Fente mediane du plan osseux du palais. — Nasillement.

Il s'agit d'une jeune fille que l'auteur a examinée en 1823, à son passage à Verviers. Elle nasonnait fortement. La voûte palatine « manquait de parties solides dans toute sa longueur, — mais à la partie moyenne seulement, — l'union épigénétique des deux moitiés de cette voûte, *ne s'étant opérée que pour les parties molles.* » En même temps, il y avait une division congénitale de la partie inférieure du voile du palais.

Observation III (résumée).

Demarquay. — *Bulletin du la Soc. Anatomique*, janvier 1846, page 11.

Anomalie de la voûte palatine.

Demarquay présente le voile du palais et la voûte palatine d'un cadavre disséqué dans son cabinet. On remarque sur cette pièce une absence des muscles palatins et la non-réunion des apophyses palatines sur la ligne médiane. Cet espace de la voûte palatine, où manque le tissu osseux, est occupé par du tissu fibreux.

Observation IV (résumée).

Passavant. — *Arch. der Heilkunde*, 1862, page 335.

Division de la voûte osseuse du palais masquée par la muqueuse.

Petite fille âgée de neuf semaines, opérée par Passavant d'une fissure gauche de la lèvre supérieure. Il y a eu en même temps fente de l'apophyse alvéolaire et de la portion inférieure du voile du palais, qui cependant est réuni sur la ligne médiane dans sa plus grande partie. La voûte palatine est d'apparence normale ; mais à travers les parties molles, le doigt sent une fente assez étendue de son squelette, fente obturée par la muqueuse.

Observation V (résumée).

Passavant. — *Arch. für Klin. chirurg.*, Band. VI, Hef. 2.

Fissure osseuse du palais recouverte par la muqueuse. — Raccourcissement du voile. — Nasillement.

Enfant de 6 ans, chez lequel a eu lieu une guérison spon-

Digitized by Google

tacée d'une fissure de la voûte palatine et du voile du palais. La fissure osseuse est recouverte par une membrane muqueuse. Les deux moitiés de la portion membraneuse se sont réunies en produisant un raccourcissement du voile avec persistance de la bifidité de la luette. Cet enfant nasille et parle d'une façon inintelligible.

Observation VI (résumée).

Passavant. — *Archiv. für Klin. chirurg.* Band VI, Heft 2.

Fissure osseuse du palais recouverte par la muqueuse. — Nasillement.

Homme adulte, dont la sœur a une gueule-de-loup. Lui-même est atteint d'une fente du squelette palatin, masquée par les parties molles, mais à travers lesquelles le doigt perçoit aisément les bords de la division osseuse.

Le voile du palais, divisé pendant la vie fœtale, s'est spontanément réuni avant la naissance ou au moment de celle-ci ; il est seulement resté une bifidité de la moitié inférieure de la luette. Cette malformation de la luette ne peut troubler en rien la phonation (car souvent la luette manque complètement sans que la voix soit modifiée, à condition que la conformation du voile soit régulière.

Or, cet homme nasille énormément et parle d'une façon inintelligible : ce qui est dû à ce que chez lui le voile du palais est trop court pour fermer l'orifice naso-pharyngien.

Observation VII (résumée).

Trélat. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1867, tome VIII, page 450.

Brièveté anormale de la voûte palatine : insuffisance consécutive du voile du palais. — Nasillement congénital.

Charles G.... serrurier, 43 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, le 16 novembre 1867. Motif de son admission : ténosite sèche du long extenseur du pouce gauche. De plus ce malade prononce avec difficulté certaines lettres, et parle en nasillant. Chez lui l'articulation des mots exige le concours des muscles de la face ; il ne peut parler sans faire des grimaces exécutées par les zygomatiques et les ailes du nez. S'il ouvre la bouche, on aperçoit aisément la paroi postérieure du pharynx à travers l'isthme du gosier qui présente des dimensions plus grandes qu'à l'état normal. Cette disparition résulte

Digitized by Google

manifestement de la brièveté de la voûte et du voile du palais. La longueur de la paroi buccale supérieure, depuis l'arcade alvéolaire jusqu'au bord libre du voile est de 60 à 65 millimètres, soit 32 millimètres pour la voûte palatine et de 30 millimètres pour le voile du palais. La longueur de ce dernier repli est à peu près la même qu'à l'état normal; au contraire la voûte osseuse est notablement plus courte.

La luette est rudimentaire, constituée par un petit tubercule arrondi, déjeté à droite. A la partie médiane du voile et au niveau de sa jonction avec la voûte palatine est une tache blanc grisâtre, presque transparente, tranchant sur la coloration rosée qui l'environne; elle est à bords sinueux, de forme à peu près ovalaire, mesurant à peu près 3 centimètres de hauteur; elle aboutit en bas à une ligne de même couleur, qui, suivant à peu près le milieu du voile, vient se terminer à la partie latérale gauche du tubercule qui a remplacé la luette.

Le toucher digital montre que le bord postérieur de la voûte osseuse est sinueux; il forme une courbe à concavité postérieuse dont le centre correspond à la portion médiane; c'est cette courbe qui détermine la brièveté antéro-postérieure très prononcée de la voûte.

Les deux piliers du voile du palais existent comme à l'état normal, le postérieur est cependant moins saillant en dedans, et la loge amygdalienne un peu plus petite que chez les autres sujets.

Le voile du palais est mobile, s'élève et s'abaisse naturellement; mais il ne peut parvenir à fermer l'orifice postérieur de la bouche. Quand on porte le doigt à travers l'isthme du gosier jusque vers la paroi postérieure du pharynx, au lieu de rencontrer le voile tendu comme un rideau, on passe aisément au-dessous de son bord inférieur.

La déglutition est facile et régulière.

Les seules troubles sont ceux de la phonation, encore la prononciation est-elle médiocrement vicieuse, et la parole très intelligible. La voix est nasillarde, quel que soit le son émis par le larynx, car les ondes sonores trouvent une entrée plus facile dans les cavités nasales où elles retentissent. Mais certaines consonnes ne peuvent être prononcées : ainsi S, D, T, Q, K, G dur.

Ces trois dernières sont les plus altérées; ce sont celles que Fournié nomme glosso-palatines postérieures; il faut, pour leur

Digitized by Google

émission, que la base de la langue s'applique au voile du palais, de façon à fermer l'orifice postérieur de la bouche : la consonne est alors émise au moment où cette occlusion cesse brusquement. Or, cette condition ne peut être remplie par le sujet de cette observation à cause de l'insuffisance de la paroi supérieure de sa bouche.

Ce malade n'a jamais eu la syphilis. Il raconte qu'il a toujours eu le timbre nasonné et cette défectuosité de la parole; que l'un et l'autre de ces défauts étaient plus accusés dans son enfance, et que c'est par l'habitude et avec le temps qu'il est arrivé à prononcer des mots dont l'usage lui était interdit autrefois; que vers 10 ans, il se fit examiner par un chirurgien qui lui conseilla de se faire opérer plus tard; il croit qu'à cette époque il avait une division de son palais.

Trélat croit qu'il s'agit dans ce cas d'une division congénitale du voile du palais avec insuffisance de la voûte; et qu'il s'est fait spontanément, à une époque indéterminée, un travail de cicatrisation qui aurait en partie remédié au vice de conformation.

Observation VIII (résumée).

Trélat. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1869, 2e série, tome X, page 402.

Brièveté congénitale et échancrure osseuse de la voûte palatine. — Nasillement et défaut de prononciation.

Une mère, bien constituée, a eu de son mari, normal, un enfant, normal également. De son second mari, qui fait l'objet de l'observation, elle a eu deux filles, qui toutes deux ont de petites perforations congénitales du voile du palais.

L'aînée, morte à l'âge de six mois, avait dans son palais un trou qui l'empêchait de têter.

La seconde, — normale à sa naissance, — présenta dès le quatrième jour, un petit trou dans son palais, grand comme une tête d'épingle et qui cependant entravait les mouvements de succion; cet orifice grandit lentement : le huitième jour il atteignit les dimensions d'un grain d'avoine qu'il ne dépassa pas. Actuellement, chez elle, le toucher permet de constater en outre une malformation de la voûte palatine. Elle est : 1° trop courte; 2° échancrée sur sa ligne médiane en forme d'un V ouvert en arrière.

Le père de ces deux petites filles présente une malformation

Digitized by Google

palatine curieuse; néanmoins il est très bien conformé d'ailleurs, ainsi que le sont du reste ses deux enfants.

Il prononce mal certaines lettres : M, N, V; les diphtongues AN, ON, UN sont nasonnées d'une façon exagérée, et nécessitent pour leur émission une contraction grimaçante des ailes du nez et de la lèvre supérieure.

On pourrait croire que cette mauvaise prononciation provient d'une bizarrerie sans cause, ou d'une éducation phonétique mal dirigée, car la bouche paraît normalement conformée et ni la voûte ni le voile ne présentent de solution de continuité. Mais ce n'est là qu'une apparence; comme chez la fille, la voûte osseuse est trop courte et échancrée sur la ligne médiane.

Longueur du voile.... 35 mill. au niveau de la luette.

Largeur du voile..... 50 mill.

Dimension de la voûte osseuse :

Des incisives supérieures à la pointe du V de l'échancrure postérieure..... 40 mill.

Des incisives au bord postérieur de l'os de chaque côté de l'échancrure..... 44 mill.

Largeur de la voûte au niveau de la 2e molaire.. 40 mill.

Normalement la longueur de la voûte, chez les hommes bien constitués, varie de 55 à 60 millimètres.

Observation IX

Notta (de Lisieux). — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1869; 2e série, tome X, page 412.

Echancrure osseuse de la voûte palatine. — Nasillement.

Mademoiselle P..., 11 ans.

La voûte osseuse du palais manque complètement dans un espace triangulaire, dont le sommet répond, sur la ligne médiane, à la moitié de l'espace qui sépare l'orifice du canal palatin antérieur de l'épine nasale postérieure, et la base, à l'intervalle qui sépare les deux dernières grosses molaires. Tout cet intervalle est rempli par la muqueuse fibro-palatine qui ne présente aucune solution de continuité.; il y a aussi intégrité complète du voile du palais. Seulement la luette, qui est assez courte, est bifide dans toute sa hauteur. Quand on explore la bouche de la malade, on constate parfaitement l'existence de cette brèche osseuse dans l'intervalle de laquelle on voit flotter la membrane fibro-muqueuse palatine. Lorsque cette jeune fille parle, la voix est nasonnée et présente le timbre particulier aux

Digitized by Google

individus qui ont une division du voile du palais, à tel point que le caractère de la voix me frappa, et me donna l'idée d'explorer le voile du palais avec la pensée que j'allais le trouver divisé. Pendant la première enfance, l'altération de la prononciation était telle qu'il était fort difficile de comprendre ce que voulait dire l'enfant. Aujourd'hui la parole est très intelligible; seulement le timbre de la voix est encore très altéré.

Observation X (résumée).

Ehrmann. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1880, n° 10, page 118.

Brièveté de la voûte palatine. — Insuffisance du voile. — Nasillement.

Jeune homme de 16 ans, atteint en naissant d'un bec-de-lièvre gauche, dont il a été opéré en bas âge. Son palais, au premier abord, paraît normal; mais les os palatins sont échancrés en arrière sur la ligne médiane; il en résulte un raccourcissement de la voûte qui empêche le voile, tout simple qu'il est, d'atteindre le pharynx. Ce raccourcissement est, comparativement à un palais normal, de plus d'un centimètre; car la partie osseuse mesure à peine, dans le sens antéro-postérieur, 4 centimètres.

Le nasillement est très prononcé.

Observation XI (résumée).

J. Wolff. — *Berlin Klin. Wochenschrift*, 1882.

Échancrure osseuse de la voûte du palais. — Insuffisance du voile. — Nasillement.

Enfant de 13 ans, qui nasonne comme s'il était atteint d'un bec-de-lièvre palatin. Le voile du palais est cependant d'apparence normale à la première inspection. Mais un examen plus minutieux de la bouche du malade montre les particularités suivantes. Les incisives supérieures sont implantées d'une façon très irrégulière. La luette est bifide. La voûte palatine présente à son milieu une cicatrice linéaire se prolongeant sur le voile du palais jusqu'à la base de la luette; cette cicatrice forme une ligne blanchâtre, difficile à voir, mais aisée à percevoir avec le doigt. De plus, à travers la muqueuse normale, celui-ci perçoit dans la voûte osseuse du palais, une échancrure en forme de triangle isocèle, dont la base est postérieure, et dont la hauteur est d'environ un centimètre et demi; cette échancrure occupe la

Digitized by Google

partie horizontale des os palatins et la partie postérieure des apophyses palatines des maxillaires supérieurs. Porté en arrière du voile, le doigt sent aussi l'absence de la partie postérieure du vomer. Enfin la lèvre supérieure du malade, quoique bien conformée, est cependant notablement trop courte. L'examen rhinoscopique postérieur est pratiqué par B. Fraenkel. Il permet de constater qu'une distance exceptionnellement grande, dépassant 20 millimètres, sépare le voile du palais de la paroi postérieure du pharynx. Il y a épaississement de la muqueuse du cavum, hypertrophie de la tousille pharyngienne. Le fait le plus remarquable est que le bord postérieur du septum s'insère inférieurement beaucoup plus en avant qu'à l'état normal; ce bord est fortement oblique de haut en bas, d'arrière en avant. Quand l'enfant prononce la voyelle A, l'isthme naso-pharyngien demeure béant, en forme d'ouverture circulaire, et ne se ferme pas même pendant les efforts de vomissements; la rhinoscopie postérieure est encore possible dans ce cas.

Observation XII

Kayser (de Breslau). — *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 26, 25 juin 1891.

Echancrure osseuse de la voûte palatine. — Brièveté congénitale et insuffisance du voile. — Nasillement.

Une jeune fille de 24 ans, qui depuis longtemps est atteinte d'otorrhée de l'oreille droite, présente en même temps une parole fortement nasillarde. Comme cause de ce défaut de prononciation on ne trouve aucune oblitération du nez et du pharynx nasal. Aucune paralysie du voile, mais au contraire une insuffisance de ce voile. Celui-ci se soulève bien quand le malade prononce la lettre A, mais il est trop court pour fermer l'orifice du pharynx supérieur. Par la rhinoscopie postérieure qu'il est dans ce cas on ne peut plus aisé de pratiquer, on peut encore plonger le regard dans le naso-pharynx pendant l'émission de la voyelle A; il reste un espace libre entre le bord postérieur du voile et la paroi du pharynx. Jamais, quand le malade boit, les liquides ne refluent par son nez. La luette est courte et bifide. Si l'on vient à explorer avec le doigt la voûte palatine, on sent à la partie postérieure de celle-ci, juste en son milieu, une lacune osseuse large, triangulaire, à pointe tournée en avant, laquelle est recouverte par la muqueuse. Le voile du palais paraît rigide et plus court qu'à l'état normal.

Digitized by Google

En mesurant ces parties avec un fil de fer flexible, plié suivant la courbure de la voûte, on trouve les dimensions suivantes :

Distance du bord libre des incisives supérieures à la racine de la luette : 58 millimètres, au lieu de 73 millimètres qu'on trouve chez une jeune fille du même âge, normalement conformée.

Distance des incisives à la pointe de l'échancrure palatine : 30 millimètres.

Distance de la racine de la luette à la paroi postérieure du pharynx : 30 millimètres au lieu de 15 millimètres, distance normale.

Il s'agit dans ce cas d'une malformation congénitale et non pas d'une difformité acquise; car, sauf la variole, cette jeune fille depuis 17 ans, n'a eu aucune maladie. Ce qui prouve encore cette congénitalité, c'est la bifidité de la luette; l'aspect normal de la muqueuse de la voûte et du voile qui ne présente aucune cicatrice; le fait que le nasillement date de la plus tendre enfance; enfin surtout cette observation que le malade a un frère et une sœur cadette présentant tous deux une fissure complète du palais.

Digitized by Google

II

EXPÉRIENCE DE DIAPASON POUR LA CONSTATATION DE LA PERMÉABILITÉ DE LA TROMPE D'EUSTACHE.

Par le Professeur Dr **ADAM POLITZER**, Directeur de la clinique d'otologie à l'Hôpital général de Vienne.

(Communication anticipée).

L'expérience avec le diapason, faite pour la première fois par nous en 1869, à l'effet de démontrer que le canal de la trompe d'Eustache devient béant principalement pendant l'acte de la déglutition, est la suivante :

Si l'on tient le diapason $C^2 = ut^3 = 512$ vibrations, mis en état de vibration, devant les ouvertures nasales, on entend dans les deux oreilles, à l'état normal, une légère résonnance, égale des deux côtés; mais au moment où s'accomplit l'acte de la déglutition, la résonnance des vibrations du diapason dans les deux oreilles devient *très sensiblement plus forte*, parce que ces vibrations pénètrent plus facilement dans la cavité tympanique par suite de l'élargissement de la trompe d'Eustache (1).

Je me suis appliqué depuis à mettre à profit cette expérience, en vue de constatations diagnostiques, dans un grand nombre d'affections de l'oreille, et je me réserve d'exposer d'une façon détaillée les résultats de ces investigations; mais je veux me borner, quant à présent, à indiquer brièvement ici des résultats obtenus.

1) Dans les cas *d'affections unilatérales de l'oreille moyenne* avec obstruction de la trompe d'Eustache par suite de gonflement du revêtement muqueux, ou par suite d'accumulation de sécrétions, ou lors de rétrécissement effectif du canal, le son du diapason C^2, tenu devant les ouvertures nasales, est *plus fortement perçu par l'oreille normale.*

(1) Les diapasons bas et aigus ne sont pas propres à cette expérience.

Digitized by Google

Si donc, dans un cas de dureté d'ouïe unilatérale, dans lequel l'existence d'une affection de l'oreille moyenne a été constatée soit par l'état pathologique de la membrane du tympan, soit par les expériences de Weber ou de Rimé, le diapason C^2, tenu devant les ouvertures nasales, a été mieux entendu par l'oreille non affectée, on peut conclure à l'obstruction de la trompe d'Eustache du côté malade et affecté. Pendant l'acte de déglutition, le son du diapason est fréquemment perçu, pendant un instant, comme beaucoup plus fort par l'oreille non affectée.

2) Dans les cas d'affections unilatérales de l'oreille moyenne, dans lesquels le canal de la trompe d'Eustache n'est pas obstrué, les vibrations du diapason C^2 transmises par les ouvertures nasales, sont, dans la plupart des cas, perçues *plus fortement par l'oreille malade.* — Si donc, en cas de dureté d'ouïe unilatérale, on a constaté soit à la simple inspection de l'oreille par la vue, soit par l'expérience de Weber ou de Rimé, qu'il y avait un obstacle à la perception des ondes sonores dans l'oreille malade, on peut conclure de la perception renforcée, par l'oreille malade, des sons du diapason C^2 tenu devant les ouvertures des narines, à la perméabilité de la trompe de l'oreille. Pendant l'acte de déglutition, il arrive fréquemment que la perception du son passe pour un moment à l'oreille non malade.

Lorsque, dans un cas d'affection unilatérale constatée de l'oreille moyenne, la vibration du diapason C^2, transmise par les ouvertures des narines, est perçue plus fortement par l'oreille non malade, il arrive quelquefois que ce son puisse être perçu d'une façon prédominante par l'oreille malade pendant l'acte de la déglutition; d'où l'on doit pouvoir conclure à la dilatation, pendant l'acte de la déglutition, de la trompe d'Eustache obstruée. On a de même observé chez plusieurs malades que, dans les cas d'affection unilatérale de l'oreille moyenne dans lesquels le son du diapason C^2, transmis par les narines, était perçu plus fortement par l'oreille non malade, et dans lesquels par conséquent on concluait à l'obstruction du canal de la trompe malade, le même son était momentanément, ou même d'une façon perma-

Digitized by Google

nente, perçu renforcé par l'oreille malade, lorsqu'on avait fait disparaître l'obstruction susdite de la trompe soit par le cathéter, soit par le procédé de Politzer.

3) Dans les *affections labyrinthiques unilatérales*, dans lesquelles l'examen objectif et l'ensemble des autres symptômes ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection, le diapason C^2 placé à l'entrée des narines est perçu seulement *dans l'oreille saine* tant à l'état de repos que pendant la déglutition.

Les résultats des expériences ci-dessus décrits donnent, il est vrai, lieu à des exceptions, mais qui ne sauraient diminuer en rien la valeur de la méthode indiquée. Nous nous trouvons par conséquent en face d'un procédé nouveau, qui paraît devoir compléter avantageusement ceux déjà employés (cathétérisme, procédé de Politzer) pour vérifier la perméabilité du canal de la trompe d'Eustache.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Compte rendu par P. Gastou.

Séance du 8 *janvier* 1892.

Présidence du Dr Cartaz

Un cas d'arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale aiguë, par M. Luc.

L'auteur fut appelé en novembre dernier auprès d'un malade âgé de 30 ans qui, souffrant d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, avait vu survenir au moment où les douleurs articulaires semblaient diminuer, les accidents suivants : douleurs pharyngée et laryngée à la déglutition, dyspnée laryngée, cornage, enrouement, fièvre intense.

A l'examen laryngoscopique, rien d'apparent sur l'épiglotte, les cordes vocales étaient congestionnées. Au niveau de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche existait une masse arrondie,

Digitized by Google

du volume d'une noix, faisant saillie du côté du vestibule ; la corde vocale gauche était immobile.

L'auteur fit le diagnostic d'arthrite crico-aryténoïdienne et rattacha l'immobilité de la corde vocale gauche, immobilité purement mécanique, à cette cause.

Après un traitement constitué par de l'antipyrine à la dose quotidienne de 3 grammes et des badigeonnages à la cocaïne, le malade se trouva au bout de huit jours amélioré ; la partie tuméfiée avait repris ses mouvements.

Quelque temps après ayant appris qu'une nouvelle poussée rhumatismale était survenue, l'auteur demanda à revoir le malade : le larynx cette fois-ci resta normal.

M. Luc pense qu'il est rationnel de penser, dans des cas analogues, au rhumatisme du larynx et à sa localisation dans l'articulation crico-aryténoïdienne. Ce sont là des faits peu fréquents, que les auteurs classiques ne mentionnent pas.

Ramon de la Sota, dans la *Revista de Laringologia* en 1886, décrit un cas d'arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale sans donner des raisons suffisantes pour appuyer son diagnostic.

M. Luc avait vu auparavant un cas semblable. Schroetter, de Vienne, parle également du gonflement de la muqueuse laryngée existant chez les rhumatisants.

Discussion.

M. Ruault. — Des manifestations laryngées du rhumatisme, ont déjà été signalées par des auteurs français. Archambault, dans sa thèse, en cite des cas peut-être douteux. Liebermann a décrit dans la blennorragie une arthrite crico-aryténoïdienne. Borée parle de pseudo-rhumatismes.

J'ai eu une fois un fait du même genre que j'ai méconnu sur le moment, je n'y ai songé que plus tard : il s'agissait d'une femme de 40 ans, atteinte d'érythème noueux avec gonflement des genoux, troubles gastro-intestinaux et catarrhe naso-pharyngien. Le gonflement et la douleur se généralisèrent à toutes les articulations, la fièvre devint intense. J'examinai le larynx : la corde vocale droite était en adduction vers la ligne médiane, très rouge ; son niveau était supérieur à celui de la corde vocale gauche, il y avait du gonflement et de la rougeur de l'articulation crico-aryténoïdienne du même côté. Comme il y avait de la bronchite et de l'amaigrissement, je fis le diagnostic d'arthrite tuberculeuse. Huit jours après la malade était guérie. J'avais donc eu sous les yeux un cas de rhumatisme.

Digitized by Google

J'attribue une grande valeur, comme signe de rhumatisme crico-aryténoïdien, à la différence de niveau qui existe entre les deux cordes vocales ; pour bien l'apprécier il suffit de faire légèrement tourner de côté la tête du malade.

M. Gouguenheim. — J'ai vu beaucoup de rhumatisants dans mon service et n'ai jamais eu l'occasion d'observer la complication laryngée dont parle M. Luc.

Dans l'historique de cette question il existe des observations intéressantes, entre autres une de Desbrousses, prise dans le service de Schutzenberger, à Strasbourg. Ici l'examen laryngoscopique ne fut pas fait ; le malade avait de la dyspnée sans cornage, et cette dyspnée était probablement sous la dépendance de la complication cardiaque rhumatismale.

D'autres observations d'arthrite crico-aryténoïdienne sont en tous points semblables à ce que l'on observe dans la périchondrite.

La dyspnée n'existe pas toujours, l'aphonie est rapide, il y a paralysie d'une corde vocale. Cette paralysie, décrite dans le rhumatisme crico-aryténoïdien, ne nous a pas été suffisamment décrite ; et l'adduction vers la ligne médiane et la dyspnée ne tiendraient-elles point à une contracture de la corde vocale du côté malade?

Dans ces affections crico-aryténoïdiennes la dyspnée est rare, l'aphonie plus fréquente. Dans la périchondrite aryténoïdienne, qui se rapproche le plus de l'affection décrite par M. Luc, il n'y a pas de dyspnée, à moins que l'altération soit bilatérale ; il y a de la paralysie de la corde vocale au lieu de contracture. En 1883 j'ai publié deux observations de périchondrite dans le cours de la phtisie aiguë ; il n'y avait pas de dyspnée, mais de l'aphonie. La dyspnée souvent est due à toute autre cause qu'à l'affection laryngée. Le cornage n'existe pas.

M. Luc. — Mon malade avait de la dyspnée sans aphonie, la corde vocale immobile était fixée en adduction ; la tuméfaction crico-aryténoïdienne gênait le passage de l'air. La voix n'était pas altérée, la corde vocale non malade pouvant se rapprocher de l'autre, mais ce rapprochement était insuffisant pour les sons élevés. La dyspnée pouvait être due à l'adduction de la corde vocale.

M. Ruault. — Je ne crois pas cette adduction suffisante pour produire la dyspnée et le cornage. La dysphonie est due à la différence de niveau entre les deux cordes vocales, qui ne vibrent

Digitized by Google

plus à l'unisson ; la dyspnée peut être le fait de la tuméfaction et du spasme.

M. Luc. — Il n'en est pas moins certain que la tumeur en comblant le vestibule laryngé et en immobilisant la corde ajoutait à la dyspnée.

Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée (angine de Tornwald). (Discussion du mémoire du Dr Ruault), par le Dr Lubet-Barbon.

L'auteur n'est pas partisan de la méthode de discision pratiquée par M. Ruault. Cette méthode est difficile à employer ; on n'arrive pas toujours à déchirer la poche.

La maladie de Tornwald consiste en une véritable hypersécrétion de la voûte avec production de recessus qui ont tendance à la rétraction et à la transformation fibreuse. Il y a quelque analogie entre les affections de ce tissu et celles de la muqueuse utérine. C'est cette analogie qui a conduit l'auteur à appliquer le curettage suivi de cautérisations au nitrate d'argent ou à l'acide osmique. Il se sert de curettes spéciales, tranchantes, à l'opposé des curettes utérines, longues (les recessus étant souvent très profonds) et flexibles, pour leur permettre de se couder.

Grâce à ce procédé on enlève des fragments de muqueuses qui viennent tomber sur le miroir. En deux ou trois séances les recessus et les saillies ont disparu.

Discussion.

M. Ruault. — Je crois que la discision bien appliquée est encore préférable à toute autre méthode. Il faut enfoncer l'instrument et agir par coups secs. Elle est quelquefois difficile sur la partie médiane et près de la fosse de Rosenmüller ; dans ces cas il faut des instruments recourbés. Il est fréquent de guérir des malades par une seule opération.

M. Gellé. — Je rappelle au sujet de la profondeur de la bourse pharyngienne la pièce que j'ai montrée il y a deux ans. On y voyait une poche de 0m01 à 0m015 dont les parois étaient très élastiques.

M. Cartaz. On peut disciser en fendant par thermo-cautérisation.

M. Ruault. — Si l'ouverture de la poche est supérieure, il faut agir de haut en bas.

Digitized by Google

M. Cartaz. — Il existe quelquefois des dépressions osseuses rendant difficile toute intervention.

M. Lubet-Barbon. — Je n'ai pas eu en vue les lésions osseuses. Je ne considère que la muqueuse malade ; c'est la sécrétion qui amène le malade.

Observation de pseudo-kyste de la caisse du tympan, par le Dr Ménière.

Il s'agissait d'une apparence kystique, car la saillie était constituée par une série de feuillets épidermiques imbriqués présentant plus d'un millimètre d'épaisseur au centre.

Discussion.

M. Gellé pense qu'il avait pu se produire des hémorragies à l'intérieur de ce kyste.

M. Cartaz y voit une analogie avec le cholestéatome.

Heureux effets des injections de liqueur de Van Swieten dans le tissu d'une tumeur d'aspect cancéreux, par le Dr Marage.

Un homme ayant eu la syphilis 32 ans auparavant présentait une tumeur dure, d'aspect cancéreux, au niveau de la glande sous-maxillaire droite. On lui pratiqua d'abord dans la tumeur une injection de deux gouttes de liqueur de Van Swieten, quinze jours après, une seringue entière. La nuit suivante, violente douleur et crachement de deux calculs, suppuration de la tumeur, ouverture, guérison.

Le Dr Pousset a depuis fait des injections dans des cas de tumeurs d'aspect douteux, et il a vu des tumeurs d'aspect épithéliomateux revêtir les caractères du squirre.

Discussion :

M. Hermet. — Le diagnostic différentiel est quelquefois difficile chez les anciens syphilitiques.

M. Loewenberg. — N'est-il pas permis de supposer que la tumeur était simplement une rétention salivaire par calcul.

M. Marage. — Je ne crois pas qu'en pareil cas la tumeur eût été aussi dure.

M. Ruault. — Les tumeurs salivaires sont quelquefois très dures. J'ai cru, dans un cas de ce genre, à une parotidite : le malade a craché un plein verre de salive, et tout est rentré dans l'ordre.

Digitized by Google

Un cas de corps étranger resté pendant trois jours dans le pharynx nasal, par le Dr Saint-Hilaire.

Il s'agissait d'un malade qui crachait du sang depuis trois jours sans que rien dans la poitrine ni dans les antécédents pût expliquer ce crachement de sang. Il y avait du catarrhe généralisé au pharynx, au larynx, à l'oreille. En examinant avec soin, l'auteur aperçut un morceau de pêche logé derrière le voile du palais. Le malade l'avait avalé sans s'en apercevoir.

L'auteur a tenu à signaler cette observation pour attirer l'attention :

1° Sur le mécanisme d'introduction du corps étranger, due probablement à l'absence de dents;

2° Sur la présence d'un catarrhe par congestion réflexe sans inflammation.

Discussion.

M. Ruault demande à l'auteur pourquoi l'absence de molaires amènerait-elle l'incoordination des muscles du voile du palais.

M. Saint-Hilaire. — L'incoordination résulterait de l'absence de mastication.

M. Hermet. — La mastication n'est pas la déglutition.

M. Saint-Hilaire. — Il y aurait par le fait du manque de dents une mauvaise direction donnée aux aliments.

M. Luc. — Comment se fait-il que les gros morceaux seulement revenaient par le nez?

M. Cartaz. — Le malade avait-il vomi?

M. Saint-Hilaire. — Non.

De la fréquence de l'empyème latent bilatéral de l'antre d'Highmore et de la nécessité du lavage explorateur méthodique dans le cas de blennorrhée nasale, par le Dr Lichtwitz.

(Voir : *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° de février, p. 97.)

Présentation d'un appareil servant à insuffler de l'air ou des vapeurs médicamenteuses dans la caisse du tympan, et à faire des lavages de cette cavité à travers la trompe d'Eustache, par le Dr Gille.

Séance du 5 février 1892.

Présidence du Dr Cartaz.

Anatomie de l'oreille moyenne. — Présentation de pièces. — Coupes en série, par le Dr Chatellier.

L'auteur indique par quelle technique (décalcification dans le

Digitized by Google

liquide de Muller et dans l'acide formique, inclusion au collodion, coloration à l'éosine hématoxylique) il est arrivé à faire les coupes qu'il montre à la Société. Il veut surtout faire voir la situation et les dimensions de l'attique et montrer qu'il est séparé de la caisse non seulement en arrière, mais en avant.

Comme organes de séparation existent d'avant en arrière : le sourcil osseux séparant l'attique du conduit auditif, la saillie de la marge tympanique, le ligament externe du marteau (rubané), le col du marteau ou la partie inférieure de la tête, le tendon tenseur tympanique, qui s'élargit en allant vers le promontoire, et le bec-de-cuiller.

Discussion.

M. Gellé. — Il n'est pas besoin de couper en série pour voir cette disposition : en enlevant la voûte on s'aperçoit de la séparation de la caisse et de l'attique.

Du bourrelet osseux se détache un mésentère qui tombe verticalement sur le tendon du muscle du marteau et clôt entièrement la caisse. Chez les animaux cette disposition est encore plus manifeste; si on ouvre la bulle on ne voit que le manche du marteau et le tympan ; pour voir la tête il faut ouvrir l'attique, absolument séparé chez les animaux.

M. Chatellier expose la façon dont il a reproduit le dessin de ses coupes à l'aide de plaques photographiques.

Quelques observations de papillome du larynx chez des enfants, par M. Ruault.

Les enfants sont sujets à une forme de papillome spéciale : tumeur irrégulière, en chou-fleur, végétante, rose pâle, siégeant à la partie antérieure du larynx, sur le tubercule de l'épiglotte, dans la région sous-glottique, les cordes vocales supérieures, et quelquefois dans la région interaryténoïdienne.

L'auteur a eu l'avantage d'en suivre trois au-dessous de 7 ans. Au point de vue du traitement il préfère la méthode endolaryngée, qui présente plus d'avantages et dont les risques opératoires sont moindres.

Voici ces trois cas :

Chez un enfant de 3 ans et demi, amené à l'hôpital Trousseau pour une dyspnée intense, il existait d'énormes choux-fleurs laryngés : curettage du larynx fait d'emblée. Lannelongue fit ensuite la laryngo-fissure avec curettage. Soulagement. Cathétérisme du larynx. Mort un mois après de diphtérie.

Digitized by Google

Le 2e cas. Enfant de 5 ans et demi a été vu par M. Gouguenheim, qui diagnostiqua polype probable et l'envoya à l'hôpital Trousseau. Trachéotomie. Extirpations de polypes successives et répétées. Récidives fréquentes pendant dix-huit mois, mais amélioration persistante; badigeonnages iodés.

Le 3e cas. Enfant âgé de 6 ans a été opéré par les voies naturelles et curetté pendant huit mois. Récidives fréquentes. Actuellement, guérison.

Discussion.

M. Cartaz. — La méthode endolaryngée est la méthode de choix. Chez les enfants, la cautérisation destructive, de même que toute opération, est très difficile.

M. Ruault. — En attirant l'épiglotte en haut, après anesthésie, on a plus de facilité pour voir le champ opératoire. Il faut en outre, avoir des instruments appropriés. Rien n'est plus variable que les dimensions du larynx chez plusieurs enfants du même âge; on habitue peu à peu l'enfant aux interventions répétées.

Présentation d'instruments, par M. Ruault.

Releveur de la luette.
Abaisse-langue.
Modifications de pinces pour le nez.
Serre-nœud, écraseur, etc.

Hémianesthésie de la face et de la tête au cours d'une otorrhée (au nom de M. Roy, aide-major au 52e de ligne), par M. Gellé.

Un jeune soldat âgé de 21 ans eut, à 19 ans, une attaque de rhumatisme, suivie deux mois après de surdité et d'otorrhée gauches, qui revinrent tous les mois régulièrement pendant cinq à six jours. Le malade ayant eu des douleurs dans l'oreille, trois injections boriquées furent faites, à la suite desquelles apparurent les symptômes suivants : sensation de voile devant l'œil gauche, douleurs vives dans l'oreille, anesthésie du côté gauche du visage, de la tête et du cou.

Le lendemain, tous les genres de sensibilité sont abolis dans les mêmes points. Il en est de même dans la moitié gauche de la langue, des joues, des lèvres. Le pilier antérieur est sensible, ainsi que le pharynx et le voile. Anesthésie de la narine gauche. Sensibilité obtuse pour la cornée gauche, totale pour les conjonctives oculaires et palpébrales. Pupille légèrement dilatée.

Digitized by Google

Troubles des sensibilités spéciales à gauche. Rétrécissement du champ visuel à gauche. Troubles de sécrétion à gauche.

Le malade, qui avait une perforation du tympan, sort guéri au bout de vingt jours.

En analysant cette observation, on peut nier de prime abord l'existence d'une lésion du labyrinthe. En second lieu, l'action du choc produit sur le plexus tympanique par l'injection est incontestable, il y a eu des répercussions du côté du trijumeau et phénomènes d'hystéro-traumatisme. L'auteur fait, à l'appui de son opinion, une longue étude des faits analogues signalés et des interprétations données par Moos, Urbantschitsch, Berger, Brown-Sequard, Robin, etc., etc. Il insiste sur l'importance du diagnostic dans des cas analogues. Il faut toujours penser à la lésion cérébrale possible, et ne jamais manquer de faire un examen ophtalmoscopique qui souvent tranchera la question.

Discussion.

M. Hermet. Cette observation pourrait s'intituler une otorrhée chez un hystérique.

M. Gellé. Non, car il y a eu là « hystéro-traumatisme », sans traces auparavant.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séance du 29 janvier 1892.

Compte rendu par le Dr F. Peltesohn.

Rosenberg présente une *grande perforation du voile du palais*, par laquelle on peut observer les mouvements des muscles du pharynx pendant l'intonation. On voit très distinctement la circonvolution de Passavant (muscle ptérygo-palatin) entrer en fonction aussi bien dans l'intonation que dans la première partie de la déglutition. Plus loin on voit pendant la déglutition le muscle pharyngo-palatin s'avancer énergiquement vers le milieu, tandis que le muscle glosso-palatin exécute un mouvement beaucoup plus faible.

Flatau a vu la circonvolution de Passavant entrer en fonction d'une façon compensatrice par les fentes du voile du palais.

Fraenkel s'est tout au contraire par les fentes du voile du palais aperçu de l'absence de la circonvolution de Passavant et

Digitized by Google

accorde un rôle beaucoup plus important qu'on ne l'a fait en général au muscle stylo-pharyngien tant pour la parole que pour la déglutition.

Scheier fait une communication sur les *plaies par arme à feu du nez et des cavités voisines.*

Un jeune homme de 18 ans, en déchargeant une arme, reçoit accidentellement une cartouche à balle qui, par la lèvre supérieure, pénètre dans l'antre d'Highmore gauche. Malgré qu'on n'ait pu retrouver la balle, la plaie guérit rapidement par un tamponnement à la gaze iodoformée.

Suivant le désir de Scheinmann, le sinus maxillaire gauche est éclairé électriquement et il apparaît plus sombre que le droit.

Scheier croit que la faute en est aux granulations fraîches de la cavité.

Dans un second cas, la balle pénètre par l'orbite droit et fait éclater la lame papyracée de l'ethmoïde. D'après l'avis de l'auteur, la balle est restée dans le sinus frontal. Après que le blessé eut souffert pendant dix jours de symptômes méningitiques graves (l'auteur désigne cet état sous le nom d'*inflammation congestive*), il se remet lentement, mais conserve la perte antérieure du sens visuel droit, de l'odorat et du goût sur les deux tiers antérieurs de la moitié de la langue. La peau du côté droit du visage et la peau de la tête, jusque loin sur le vertex, la muqueuse de l'œil, du nez et de la bouche sont anesthésiées. Il s'agit donc d'une paralysie du nerf optique, de l'olfactif et des branches sensibles du trijumeau. La particularité du trouble du goût est en faveur de l'opinion souvent discutée que la corde du tympan ne conduit les fibres du goût que du ganglion sphéno-palatin et non du nerf glosso-laryngien. Les troubles trophiques de la région paralysée sont l'inflammation de l'œil droit, la perte d'une dent et un ulcère de la cloison nasale.

Lubinski demande pourquoi on n'a pas ouvert la cavité du sinus frontal pour retirer la balle.

Peltesohn ne croit pas, avec l'auteur, qu'il doive s'être produit une fracture de la base; parce que lors de la blessure le chiasma des nerfs optiques ainsi que l'œil droit qui est resté notoirement sain auraient dû souffrir. Plus loin il contredit l'assertion de l'auteur qu'une *inflammation congestive* puisse amener des symptômes méningitiques durant dix jours.

Scheinmann propose l'éclairage du sinus frontal.

Dans le troisième cas, un homme tente de se suicider en se

Digitized by Google

tirant un coup de feu dans la bouche; il atteint la voûte palatine, le septum et le cornet inférieur. Les suites sont heureuses.

Holz fait une communication sur *l'état du larynx dans les névroses traumatiques.*

Après un court aperçu sur les névroses traumatiques, Holz communique deux observations dans lesquelles le larynx était atteint.

Dans le premier cas le larynx présentait les signes d'un catarrhe chronique, un épaississement pachydermique du processus vocal droit et une parésie des aryaryténoïdiens,

Dans le second cas il existe une parésie des dilatateurs et des adducteurs, et la respiration, et la phonation sont conformes à cette lésion. Holz croit devoir en attribuer la cause à des troubles centraux.

La discussion est ajournée.

Séance du 19 *février* 1892.

I. — M. Scheinmann fait sa communication sur *l'éversion du ventricule.* Il n'en existe que trois cas dans la littérature, qui tous étaient bilatéraux. Le premier cas est de Lefferts, il guérit par la thyrotomie et l'excision de la muqueuse herniée. Les deux autres cas ont été communiqués par Przedborski et concernent un cas de phtisie et un cas de bronchite chronique. Scheinmann présente deux malades. Chez le premier on voit un épaississement de la surface inférieure du ventricule gauche, qui couvre un peu la partie antérieure de la corde vocale et qui se laisse repousser au moyen de la sonde. Du côté droit on observe les mêmes symptômes du ventricule mais dans des proportions moindres. Le malade est depuis des années employé dans une forge où l'on ne peut se faire entendre qu'en criant.

Le second malade est aussi un forgeron âgé de 43 ans, il est soigné depuis des années pour une pachydermie laryngée traitée au moyen d'instruments tranchants, et en dernier lieu par l'acide acétique. Les deux premiers tiers de sa corde vocale gauche sont recouverts par une tumeur qui commence à la surface antéro-inférieure du ventricule gauche. Par le cathétérisme on reconnaît que la tumeur est de consistance molle. La tumeur est facilement dépressible. On observe les mêmes symptômes au ventricule droit, mais moins prononcés.

Scheinmann croit que la poussière de la forge et la grande fatigue de la voix ont une valeur étiologique. Au point de vue

Digitized by Google

du diagnostic différentiel il y a la consistance molle de la tumeur, sa coloration normale, la légère tendance à augmenter et la facilité de sa réduction au moyen de la sonde.

Discussion.

Rosenberg connaît 22 cas d'éversion du ventricule, chez lesquels la bilatéralité est rare. Il regarde la tumeur du second cas présenté, qu'il connaît parfaitement depuis des années, comme un léger épaississement du ventricule, comme on en observe fréquemment. Il ne peut être nullement question d'une éversion.

Lublinski a vu plusieurs cas de véritable éversion du ventricule, mais ils avaient un tout autre aspect que les cas présentés. Dans un de ses cas on voyait une grosse tumeur lisse, d'un rouge bleuâtre qui recouvrait complètement la corde vocale et était séparée du ventricule par un pli apparent. La tumeur put être facilement ramenée en arrière au moyen de la sonde, mais reparut bientôt et dut être finalement détruite par la galvanocaustique. Les cas présentés ne sont que de légers épaississements du ventricule, comme il n'est pas rare d'en observer dans la pachydermie alcoolique.

B. Fraenkel démontre par une longue et intéressante communication, qui est accompagnée de dessins et de préparations qu'un ventricule de Morgagni véritablement renversé devrait avoir de tout autres dimensions que celles qu'il a dans le cas présenté. On pourrait tout au plus désigner les épaississements présentés sous le nom de *cordite ventriculaire hypertrophique.*

Scheinmann tient formement à son diagnostic en considération de la possibilité de réduire les parties épaissies au moyen de la sonde.

II. — *Communications et discussion sur la dernière épidémie d'influenza.* — Heymann a observé dans 5 cas l'apparition subite d'épaississements pachydermiques à la paroi postérieure du larynx, et du processus vocal; il présente un de ces malades.

Rosenberg communique une statistique d'où il résulte que dans l'ensemble on fait les mêmes observations à la Polyclinique Universitaire pour les affections de la gorge et du nez qu'il y a deux ans. Il s'y est présenté 26 hommes et 12 femmes. Il y avait entre autres 3 cas de rhinite purulente, dont l'un unilatéral et un compliqué de parosmie. Il s'est présenté aussi un cas d'œdème de la luette, des stratifications fibrineuses sur les cordons latéraux. On ne put trouver de bacilles diphtéritiques. Dans un

Digitized by Google

cas on observa des hémorragies miliaires de l'amygdale linguale. On n'a pas vu cette fois de laryngite hémorragique. On a observé très fréquemment les stratifications blanchâtres précédemment décrites sur les cordes vocales. On a remarqué un cas de tuméfaction sous-glottique. Il y avait fréquemment parésie des muscles internes et du transverse. En dehors de cela il y eut dans 3 cas une atténuation des mouvements d'abduction des cordes vocales et quoique non d'origine mécanique.

64e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS A HALLE-SUR-SAALE

Compte rendu de la Section Otologique, par le Dr A. Krakauer (d'après la *Berliner Klinische Wochenschrift*, *n°* 47, 1891).

Séance du 21 *septembre* 1891.

Le professeur Schwartze déclare la session ouverte et est nommé à l'unanimité président de la première séance.

I. — M. Kiesselbach (Erlangen). *Sur la concordance de la réaction galvanique pour l'œil et l'oreille.* — L'auteur a observé que les manifestations électriques correspondent parfaitement pour l'acoustique et l'optique à la fermeture et à l'ouverture du courant anodal et cathodal. Les détails de ces très intéressantes recherches doivent être lus dans le travail original.

II. — M. O. Brieger (Breslau). *Affections de l'oreille moyenne consécutives au lupus du nez.* — Il n'en existe que des exemples isolés dans la littérature : ainsi Gradenigo a affirmé dans un cas que le lupus pouvait se propager par la trompe à l'oreille moyenne. Sur 21 cas de lupus du nez, Brieger n'a constaté que trois fois l'intégrité parfaite de l'oreille. Dans la grande majorité des cas il a observé des modifications qui présentaient en partie l'image du catarrhe ordinaire de l'oreille moyenne, et, d'autre part, de telles particularités que l'on pensa à un processus spécifique. Dans un cas seulement la présence de bacilles tuberculeux dans la sécrétion provenant du tympan confirma la nature tuberculeuse de l'affection. Dans les cas qu'on supposa spécifiques on fournit la preuve qu'il existait les mêmes processus dans l'oreille moyenne que dans la muqueuse nasale ; il y avait presque toujours et partout des foyers lupiques dans la cavité naso-pharyngienne.

III. — M. Truckenbrod (Hambourg). *Abcès cérébral guéri*

Digitized by Google

par une opération au cours d'une otite moyenne. — Le malade, âgé de 54 ans, jouissait d'une bonne santé autrefois ; ancienne sclérose à droite ; il est atteint à la suite de l'influenza d'une otite moyenne gauche sans manifestations inflammatoires aiguës. Au bout de trois semaines apparaissent subitement une violente douleur pariétale, de la parésie du nerf facial, de l'aphasie, de la faiblesse du bras droit, de l'anarythmie, de l'alexie. A part cela, aucune manifestation de tabes. Température irrégulière, fièvre descendant et montant jusqu'à 38,9. Diagnostic. Abcès du lobe temporal gauche. Ouverture par Schede en partant du toit de l'antre. Drainage. Guérison en quatre semaines, fermeture de la perforation de la membrane tympanique, audition comme avant l'opération. Le malade se fatigue encore rapidement quand il fait des efforts de mémoire.

Séance du 22 septembre.

Président : M. Pagenstecher (Wiesbaden).

M. Stacke (Erfurt). *Nouvelles communications sur l'ouverture opératoire de l'oreille moyenne après le décollement de la conque.* — L'auteur fait allusion à la nouvelle méthode d'opération pour l'ouverture des cavités voisines de la cavité du tympan, qu'il a exposée au Xe Congrès international ; il fait part des connaissances qu'il a acquises jusqu'ici, et explique l'opération, en présentant des préparations, des dessins et des cas guéris. L'opération est indiquée dans les cas, incurables sans cela, d'otites moyennes suppurées chroniques, qui ont leur siège dans l'espace supérieur de la cavité tympanique, et en particulier dans les cas de carie ou de cholestéatome de l'attique. En général les cellules mastoïdiennes sont également atteintes, bien que parfois il n'existe aucun symptôme. La suppuration des cellules mastoïdiennes existait dans 30 cas sur 33 opérés. Ainsi la méthode a aussi une valeur diagnostique. Par le décollement du pavillon, la section transversale et le rabattement du conduit auditif, on découvrira si profondément le champ opératoire que l'on pourra voir à la lumière du jour la membrane du tympan et la cavité tympanique ; puis on enlèvera le marteau, l'enclume et le reste de la membrane du tympan ; on coupera la paroi extérieure et inférieure de l'attique, et l'antre, s'il est atteint, ne sera pas seulement incisé extérieurement, mais après une large résection de la paroi postérieure du conduit auditif jusqu'à la membrane tympanique, il sera transformé en une cavité plate. Cette

Digitized by Google

cavité sera recouverte, après l'enlèvement des parties malades, par un lambeau du périoste qui tapisse le conduit auditif, d'abord pour introduire de l'épiderme sain dans l'oreille moyenne, afin que les cavités osseuses ouvertes se recouvrent, puis ensuite pour établir une communication large et durable entre le conduit auditif et les cellules mastoïdiennes. Il est nécessaire d'avoir pour l'opération des gouges incurvées et un protecteur. Le traitement consécutif est très simplifié, mais il réclame la plus grande prudence, afin que les espaces ne soient pas obstrués par des granulations, et qu'à la place d'un épiderme lisse il se développe des ponts et des cordons derrière lesquels il existe de la suppuration.

Discussion.

M. Loewe (Berlin) pratique l'ouverture de l'attique à l'aide de perforateurs qui sont mis en mouvement par la machine américaine à perforer les dents, procédé que M. Schwartze, considère comme devant être rejeté.

M. Kretschmann (Magdebourg) croit que deux choses sont nécessaires pour exécuter l'opération de Stacke : 1° une hémostase soigneuse; 2° un bon éclairage, qu'il se procure en adaptant une petite lampe incandescente à un manche de porte-plume. On doit en même temps ouvrir les cellules mastoïdiennes et éloigner les osselets, puis, comme le fait Stacke, inciser les parties molles, décoller le conduit auditif cutané en arrière, en haut et en bas (devant il reste en place), et diviser le conduit auditif à la paroi postérieure longitudinalement. Puis, ablation du conduit auditif dans le plan de la membrane du tympan. De cette façon le conduit auditif est déroulé. Incision de l'apophyse mastoïde avec enlèvement consécutif de la paroi postérieure du conduit auditif, afin que le tympan, le conduit auditif et l'antre forment une grande cavité. Fixation du lambeau en haut et en bas, suture des parties molles par des sutures étagées. On obtient par ce moyen une formation d'épiderme sur l'infundibulum de la plaie, et on peut éviter le développement souvent préjudiciable de granulations. Le pansement est changé chaque semaine. Présentation d'un malade guéri par cette méthode.

M. Schwartze a opéré depuis quelques mois environ 20 cas par la méthode Stacke; une fois paralysie faciale passagère ; quatre guérisons, dont une dans un cas de cholestéatome. Le traitement consécutif est considérablement raccourci en comparaison de la méthode employée antérieurement (Bleinagel méthode).

Digitized by Google

PRESSE ÉTRANGÈRE

Quelques notes sur les affections de l'oreille pendant la dernière épidémie d'influenza, par le Dr Sigismond Szenes, de Budapest. (Section d'otologie du Xe Congrès international de médecine de Berlin, séance du 8 août 1890. *Gyógyàszat*, nos 32 et 33, 1890. — En allemand : *Monatschrift f. Ohrenheilk..*, nos 11 et 12, 1890.)

L'auteur dit que, d'après les mémoires qui ont été publiés, l'opinion des auteurs diffère non seulement au sujet de la pathologie, mais aussi au sujet de la symptomatologie des affections consécutives à l'influenza. La plupart des auteurs sont d'avis qu'il s'agit d'une affection *aiguë* et le plus souvent d'une inflammation *catarrhale* ou *suppurative* de l'oreille moyenne.

L'auteur rapporte les 44 cas qu'il a observés, dans lesquels l'affection n'était bilatérale que dans la proportion de 16 0/0; dans les autres, il s'agissait toujours d'une affection unilatérale.

Trois fois il a observé un *catarrhe aigu de la trompe d'Eustache* (1 fois à droite, 2 fois à gauche); un de ces malades ressentait de vives *douleurs*, qui se localisaient dans le lien anatomique de la trompe et n'ont disparu entièrement qu'après la cessation des symptômes catarrhaux.

Le *catarrhe aigu de la caisse* a été observé 8 fois : 3 fois à droite, 2 fois à gauche et 3 fois des deux côtés.

28 cas d'*otite moyenne aiguë* (12 fois à droite, 14 fois à gauche et seulement 2 fois des deux côtés). Dans 12 de ces cas l'auteur ne trouva qu'une hyperémie diffuse de la caisse et il réussit 7 fois à guérir le processus par l'application de sangsues autour de l'oreille et par des instillations de glycérine phéniquée à 15 0/0; mais dans les 5 autres cas il n'a pu empêcher la suppuration, malgré que la solution ait été soigneusement instillée et les douleurs cessèrent dans 2 cas, lorsque la perforation de la membrane du tympan s'ensuivit spontanément, mais chez 3 malades il fallut inciser la membrane. Dans les 16 derniers cas, les malades n'arrivèrent qu'avec de l'écoulement. On leur ordonna des injections d'une solution de créoline (1 goutte pour 1 décilitre d'eau) ou d'une solution d'acide borique à 4 0/0; quand l'écoulement était moindre, l'auteur fit lui-même le lavage de la caisse par la trompe avec une solution de sel à 0,5 0/0, ou d'acide borique à 4 0/0, ou il fit des in-

Digitized by Google

sufflations d'acide borique. Si une otite externe diffuse accompagnait l'otite moyenne, l'auteur ordonnait des instillations de solution d'acétate d'alumine (dans parties d'eau), après lesquelles le gonflement cessa. Dans 5 cas la perforation de la membrane du tympan fut suivie dès le lendemain d'un *eczéma aigu* du conduit et du pavillon, dans lesquels l'otorrhée fut traitée sèchement avec de l'ouate salicylée, phéniquée ou sublimée et l'eczéma guérit par l'application d'une pommade à la créoline à 2 0/0.

Dans 4 cas l'otite moyenne suppurée fut compliquée d'une *périostite de l'apophyse mastoïde*, mais cette dernière guérit par une antiphlogose énergique et l'application sur la région mastoïdienne de la teinture d'iode.

L'auteur cite le cas d'une fillette de 8 ans atteinte d'*otite moyenne aiguë* gauche; trois jours après l'apparition de l'otorrhée se développa une *gonite séreuse* du même côté, et, quelques jours après, un *abcès froid sur les reins*. L'otorrhée a cessé à la suite d'injections d'une solution d'acide borique en huit jours, la gonite guérit aussi par une médication locale et interne, mais l'abcès sur les reins fut opéré et la malade se rétablit complètement.

Chez un peintre de 41 ans, l'otite moyenne aiguë fut accompagnée d'un *catarrhe naso-pharyngien* avec des *perversions de l'odorat*, car le malade croyait sentir tantôt l'odeur du pétrole tantôt celle du café; ces sensations ont cessé avec la guérison.

Enfin l'auteur fait encore mention d'une *complication* accidentelle. Pendant l'épidémie d'influenza il a observé aussi une petite épidémie de *furoncle*. En dehors des 44 cas mentionnés ci-dessus, l'auteur traita 14 fois des furoncles, 2 fois sur le pavillon et 12 fois dans le conduit externe. SZENES.

Inflammation de l'apophyse mastoïde consécutive à l'otite moyenne aiguë, par C. LICHTENBERG, de Budapest. (Société de médecine, séance du 9 mai 1891; *Orvosi hetilap.*, n° 22, 1891.)

L'auteur rapporte deux observations :

1° Femme de 41 ans, chez qui trois mois après l'apparition d'une otite moyenne aiguë du côté droit avec écoulement abondant de l'oreille et pulsation sur la membrane du tympan, le conduit auditif était indolore et son calibre normal; mais la peau de l'apophyse mastoïde était rouge, enflée et œdémateuse; la malade ressentait de vives douleurs, parfois spontanées. Le

Digitized by Google

Dr *Puky*, privat-docent de chirurgie, opéra la malade et le tissu sous-cutané apparut fortement infiltré; le périoste adhérent et après la desquamation de ce dernier la tablette externe était noirâtre et on pouvait la percer avec une sonde, mais à la profondeur de 5 centimètres on trouva du pus. La plaie guérit, et l'oreille fut rétablie au bout de quinze jours, sans traitement particulier.

2° L'auteur diagnostiqua, chez une femme de 38 ans, une *otite suppurée* de l'apophyse mastoïde dès le quatrième jour de la première maladie de la caisse. *Puky* pratiqua l'ouverture opératoire, et, malgré qu'on ne remarquât aucun symptôme extérieur de l'affection de l'os, l'opération confirma l'exactitude du diagnostic.

Le 23 mai, Lichtenberg rapporte la dernière observation dans laquelle la tablette externe était normale, et c'est seulement après l'enlèvement au moyen du ciseau d'une partie de l'os de 6 millimètres de large sur 2 millimètres d'épaisseur, que le pus s'écoula; l'apophyse se montra au fond de la plaie entièrement cariée et la dure-mère fut également mise à nu et on put introduire une sonde entre le crâne et la dure-mère. L'opération n'occasionna aucune fièvre, les douleurs ont considérablement diminué et la guérison complète est prochaine.

Cette observation fut suivie d'une discussion au cours de laquelle l'auteur déclare que l'*ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde, même dans les cas où les symptômes extérieurs*, tels que la rougeur, le gonflement, l'œdème, etc., manquent, *n'est pas du tout contre-indiquée*, l'opération était d'autant plus indiquée dans ce cas que les douleurs intenses siégeaient continuellement dans la profondeur de l'oreille, et la malade criait lorsqu'on appuyait sur l'apophyse. L'absence de fièvre ne pouvait pas non plus être une contre-indication, car quelques cas semblables sont rapportés dans la littérature.

Dans la même séance, *Lichtenberg* présenta de nouveau le cas de *collapsus de la membrane du tympan* (analysé dans les *Annales*, n° 6, p. 426, 1891) après qu'il eut extrait la partie postérieure droite de la membrane du tympan au moyen de la galvanocaustique; au bout de trois semaines, la partie antérieure altérée et relâchée de la membrane, prit, sous l'influence de la cicatrisation, sa situation normale. L'ouïe s'améliora; les bourdonnements disparurent.

Dans la discussion qui suivit, Lichtenberg remarqua que le diagnostic « *collapsus* » n'est qu'un *symptôme* et ne se base

Digitized by Google

pas sur des altérations anatomo-pathologiques ou histologiques. Il aurait pu s'agir, dans ce cas, d'une *cicatrisation* ou d'une *atrophie* de la membrane et quoiqu'il fallut, par suite des antécédents, croire à une cicatrisation, l'auteur donne le nom d'*atrophie* à la conséquence de l'abus des insufflations d'air, qui ont été pratiquées pendant deux ans. *Walb* et *Bürkner* mentionnent les conséquences de ces abus qu'on peut souvent rencontrer dans la pratique otiatrique. SZENES.

Un cas de guérison d'anévrisme traumatique de l'artère temporale profonde antérieure, par le Dr J. BRANDT, professeur à Kolozsvàr. (Société de médecine, séance du 31 janvier 1891 ; *Annales de la Société*, 1891, n° 2, p. 177-182 ; en allemand : *Wiener med. Blätter*, n° 8, 1891.)

Un peintre en bâtiment, âgé de 37 ans, à la suite d'une attaque de vertige, tomba d'une échelle, resta d'abord suspendu à un fil télégraphique et de là tomba sur une toiture vitrée du perron, qui se brisa, et fut précipité sur le pavé. Il resta quelques heures sans connaissance, et, après s'être remis, remarqua une plaie du côté gauche du crâne. Quelques jours après le malade se présenta chez l'auteur, se plaignant de *bourdonnements d'oreille à gauche*. Le conduit auditif externe, la membrane du tympan et même l'ouïe restèrent intacts, mais au moyen du *stéthoscope on pouvait distinctement entendre un bruit systolique* aussi bien de l'oreille gauche que de la droite, et ainsi que sur la surface du crâne que celle du visage, en dehors de cela sur la couronne des dents et aussi à la voûte palatine, lequel disparut par la compression de la *carotide commune* ou de ses branches, et aussi quand le malade pressait sur sa mâchoire. L'auteur fait le diagnostic d'un *anévrisme*, à cause du bourdonnement systolique et de la coïncidence de la chute sur la tête, l'anévrisme probablement est en rapport avec quelques branches de l'artère maxillaire, parce que ce bruit disparaît par la pression énergique des mâchoires, c'est-à-dire par la compression musculaire de l'artère susnommée.

En ce qui concerne le traitement, on essaya d'abord la *compression digitale* tantôt sur la *carotide commune*, tantôt sur ses branches, dans la région de l'angle de la mâchoire inférieure gauche; au moment de la compression le bruit disparut totalement, pourtant le bruit reparut de nouveau et malgré que l'on continuât à faire des compressions pendant plusieurs jours — en tout, par intervalles, 179 heures — le traitement resta sans

Digitized by Google

résultat. Le cours de la maladie changea. Le bruit augmenta considérablement, le côté gauche de la tête et du visage se tuméfia; la paupière inférieure et la joue gauche étaient œdématiées, et le bruit disparut seulement par la compression au moyen du doigt ou d'un crayon au-dessus de l'os zygomatique, à la place de l'artère temporale profonde. L'auteur fit pour cela la *ligature* de cette artère, la pratiquant à travers un espace en forme d'entonnoir dans le muscle temporal, et à la suite de cela on pouvait constater une fissure sur la grande aile de l'os sphénoïdal, de cette manière la supposition d'un *anévrisme traumatique* de l'artère temporale profonde fut confirmée.

(Ce cas a été observé avant l'opération, pendant quelques jours (1) à la clinique chirurgicale de *Billroth*, à Vienne, et *Eiselberg* l'a publié comme *anévrisme traumatique dans la sphère de la carotide externe*. Après la publication de *Brandt*, *Eiselberg* (2) répondit à l'argumentation qui lui fut faite au sujet de l'absence de précision du diagnostic anatomique. *Brandt* (3) ajouta, et nous pouvons le voir, que le malade est déjà depuis plus de six mois complètement rétabli, délivré de ses bourdonnements, et qu'il continue sa profession de peintre en bâtiment comme auparavant. Ref.) SZENES.

Un cas de névrose accompagnée d'anomalie de l'ouïe due à une frayeur, par C. S. Freund et R. Kayser. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 31, 30 juillet 1891.)

Un employé du chemin de fer, en contrôlant en route, vit subitement la foudre tomber tout près de lui, à sa gauche. Il en fut très effrayé, resta immobile, comme cloué sur place pendant quatre à cinq minutes et lorsqu'il se fut un peu remis, il sentit un bruit de vent dans la tête, accompagné de vertige et de fourmillements dans les jambes. En même temps il s'aperçut qu'il entendait moins bien qu'autrefois l'arrivée des trains, les sonneries électriques et la voix de sa femme et de ses enfants. La surdité et les paresthésies dans les membres augmentant de jour en jour, il fut envoyé à la clinique otologique de M. Gottstein, et là, examiné par M. Kayser, qui constata une surdité nerveuse complète à gauche et presque complète à droite. La perception crânienne était abolie sur tous les points du crâne. La perception aérienne n'existait à droite que pour les sons

(1) *Wiener klin. Wochenschr.*, n° 1, 1891.
(2) *Idem*, n° 21, 1891.
(3) *Wiener med. Blätter*, n° 31, 1891.

Digitized by Google

aigus. De plus, il y avait anesthésie des conduits auditifs et des tympans.

M. Kayser, voyant qu'il s'agissait d'une névrose d'origine traumatique, adressa le malade à M. Freund, qui constata une anesthésie des téguments au toucher et à la douleur et un rétrécissement concentrique du champ visuel.

Après quelques séances de faradisation, l'état du malade s'améliora, notamment la surdité de l'oreille droite.

Les auteurs envisagent ce cas comme une névrose hystéro-traumatique.

En effet, le symptôme dominant dans ce cas, la surdité, revêt les mêmes caractères que celle que Baginsky a observée dans quelques cas de « railway-spine » et que le rapporteur a décrite dans son travail « sur les anesthésies hystériques. LICHTWITZ.

Sur l'atrophie des nerfs de l'oreille interne, 2e communication du prof. HABERMANN, de Graz. (*Ueber Nervenatrophie im inneren Ohre*). (*Zeits. f. Heilk.* 1891.)

Examen macroscopique et microscopique de huit organes de l'ouïe chez des sujets atteints de dureté de l'ouïe à la suite d'otites moyennes anciennes. Dans trois cas seulement il y a des signes d'otite interne, les nerfs du limaçon sont cependant atrophiés dans tous les cas; l'auteur croit à une atrophie par inaction, grâce à l'ankylose des osselets, l'oblitération des fenêtres, etc. L'atrophie porte sur le tour basal du limaçon, sa portion terminale surtout, ce qui répond bien à la disparition de l'ouïe pour les sons élevés suivant la théorie d'Helmholtz. Pour juger du degré de l'atrophie, l'auteur a examiné 46 rochers de sujets jeunes, pour la plupart affectés de maladies diverses de l'oreille, l'atrophie des nerfs du labyrinthe a été trouvée plus ou moins étendue, 23 fois, c'est donc un état pathologique fort commun, surtout chez les malades âgés. M. N. W.

Nystagmus dans les affections de l'oreille, par MICHAEL COHN. (*Berliner klinische Wochenschrift*, nos 43, 44, p. 1052, 1074, 19-26 octobre 1891.)

Les cas de nystagmus dans les maladies de l'oreille publiés jusqu'ici sont excessivement rares. *Schwabach* aurait fait connaître, en 1878, la première observation.

Au cours d'une otite moyenne purulente était survenu un gonflement marqué de la région mastoïdienne au-dessus et en arrière du pavillon. Lorsqu'on pressait sur les parties tuméfiées, on voyait

Digitized by Google

survenir des mouvements oscillatoires des deux yeux, cessant avec la pression. *Pflüger*, peu de temps après, rapporte un second cas; ici le nystagmus se produisit pendant l'extirpation d'un polype ayant son implantation dans la caisse. Le nystagmus se produisait toutes les fois qu'on saisissait le polype avec le serrement ou la pince.

Enfin *Kipp* a publié trois observations d'otite moyenne purulente avec nystagmus passager. Dans un cas, le nystagmus survint en même temps que des vertiges et de fortes douleurs mastoïdiennes, à l'occasion d'une exacerbation, au cours d'une otite moyenne suppurée. Dans les deux autres cas, il s'agissait de pyotite moyenne avec lésion des cellules mastoïdiennes; le nystagmus, dans un de ces cas, se montrait à l'occasion des pressions exercées sur l'apophyse mastoïde; dans l'autre, au cours d'une ponction d'un abcès profond.

Cohn publie un cas assez intéressant observé chez une femme de 46 ans, nerveuse, qui au cours d'une otite moyenne purulente chronique, présenta des sortes d'accès assez typiques caractérisés par des sensations vertigineuses intenses et du nystagmus violent, accès qu'on pouvait provoquer facilement par occlusion de l'oreille par une simple pression sur le tragus. Les accès persistaient alors que la sécrétion diminuait et semblaient diminuer à mesure que la suppuration reparaissait de nouveau.

En l'absence de tout symptôme permettant de rapporter le nystagmus à une affection cérébrale organique, faut-il invoquer l'hystérie, et considérer la pression sur le tragus comme cause provocatrice agissant sur une zone hystérogène?

L'auteur n'admet pas cette interprétation. La pression sur le tragus n'agissait qu'en retentissant sur les parties profondes. L'irrigation de l'oreille, l'insufflation, etc., provoquaient aussi le nystagmus. Introduisait-on profondément un tampon d'ouate dans le conduit auditif externe, la pression sur le tragus restait sans action.

Comment s'expliquer la pathogénie du nystagmus dans les affections de l'oreille? On peut songer à un acte réflexe ou, au contraire à une irritation cérébrale directe propagée de l'oreille. Le réflexe peut avoir pour point de départ une irritation des nerfs sensibles de la caisse ou une irritation du labyrinthe en particulier des canaux semi-circulaires.

Nous savons que l'irritation des nerfs sensibles de la caisse produit souvent des sensations vertigineuses graves; on peut

Digitized by Google

en observer au cours de simples lavages, mais le nystagmus n'a pas été signalé en pareille condition.

S'il n'y a rien d'impossible à admettre que le nystagmus puisse engendrer une irritation du plexus tympanique, l'expérimentation tendrait à faire repousser cette hypothèse; c'est seulement portée sur les canaux semi-circulaires, que l'excitation expérimentalement produite a déterminé des troubles oculaires, au nombre desquels le nystagmus a été parfois noté. De ces phénomènes, d'ailleurs, l'interprétation reste encore fort discutée, et s'ils sont tenus par d'aucuns pour effets directs de l'excitation des canaux semi-circulaires, ils ne seraient pour d'autres que ceux de l'excitation propagée à l'encéphale, au cervelet notamment. Les auteurs dont nous avons, au début, rappelé les observations, ont choisi entre ces interprétations et nous voyons, à la première, se rattacher Schwabach, invoquant les expériences de Cyon et invoquer la seconde; Pflüger, jurant par l'autorité d'Hitzig et de Curschmann.

En dernière analyse, chaque opinion a ses arguments pour et contre, et l'on a fait dire à l'expérimentation à peu près ce qu'on a voulu.

Si Baginsky a vu constamment une irritation cérébrale lorsqu'il injectait de l'air ou de l'eau pour produire des troubles oculaires, il employait une pression que l'on est loin de voir réalisée en clinique, pression suffisante pour rompre la fenêtre ronde. Il est vrai que dans les cas de pyotite, celle-ci peut être, au préalable, ouverte du fait d'une lésion osseuse.

Cohn admet plutôt une irritation labyrinthique. Il cite encore trois autres observations et conclut :

Le nystagmus s'observe parfois au cours des pyotites avec perforation tympanique. Ces otites revêtent ordinairement une marche chronique.

Le nystagmus survient d'ordinaire par accès peu durables, avec sensation vertigineuse.

Ces accès apparaissent soit spontanément soit sous l'influence d'irritations, le plus souvent mécaniquement produites, et portant sur les parties profondes de l'oreille.

Le nystagmus est toujours bilatéral; le plus souvent horizontal, rarement rotatoire. PAUL TISSIER.

Corps étranger de l'oreille, par le Dr E. Vali. (*Gyógyászat*, n° 19, 1891.)

Chez une actrice de 32 ans, qui avait un furoncle du conduit

Digitized by Google

auditif externe droit, on appliqua un emplâtre de diachylon, qui glissa dans la profondeur du conduit. Lorsque l'auteur vit la malade, il trouva un furoncle dans l'orifice externe du conduit et, derrière ce dernier, un polype, qui était situé sur la paroi postérieure osseuse. Après l'ablation du polype et l'ouverture du furoncle, le conduit se montra obstrué par une masse jaune brunâtre, et seulement après des instillations d'une solution de carbonate de potasse à 1 0/0 on put enlever un bouchon, qui était formé de *diachylon*. SZENES.

De la méthode agglutinative dans l'extraction de perles artificielles de l'oreille, par le Dr OLIVENBAUM. (*Therapeut. Monats.* n° 8, août 1891.)

Après avoir essayé vainement d'extraire une perle de verre qu'un enfant s'était introduite dans l'oreille, M. Olivenbaum eut recours à la méthode agglutinative. Il se servit d'alun pulvérisé comme matière collante, en le chauffant sur une lampe à esprit de vin. Il trempa une petite baguette de bois dans l'alun qu'il venait de faire fondre sur une cuiller et l'introduisit immédiatement dans le conduit dont il avait préservé les parois avec un spéculum, allongé avec un papier épais. Puis il attendit que l'alun se fût solidifié sur la perle; après quoi il put sortir la baguette coiffée de la perle de verre. L. L.

Corps étranger du conduit auditif, par TH. SCHMIDT. (*Münch. med. Woch.*, n° 16, 21 avril 1891.)

Le cas offre quelque intérêt à cause du long séjour du corps étranger et de l'absence de troubles. Ce corps étranger (noyau de cerise) se trouvait en effet dans le conduit auditif depuis 18 ans environ. Ce n'est qu'à la fin que le malade se plaignait d'être dur de cette oreille et d'éprouver des bourdonnements, du vertige surtout le matin en se levant. Le noyau de cerise était englobé dans du cérumen. Au premier abord, on pouvait ne songer qu'à un bouchon de cérumen. L. L.

Ablation opératoire d'un corps étranger tombé dans la caisse du tympan à la suite d'une tentative malheureuse d'extraction par les voies naturelles, par GRUBER. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, mai 1891, p. 129.)

Le corps étranger était une petite boule de bois provenant de l'extrémité d'un porte-plume. Après avoir largement détaché le pavillon de l'oreille par une incision faite en haut et en arrière,

Digitized by Google

on put sentir au stylet le corps étranger enclavé à la partie postérieure de la caisse du tympan, mais si profondément immobilisé que toutes les tentatives pour le saisir ou le déplacer échouèrent. Gruber commença à enlever au ciseau et au maillet, avec une prudence extrême par petits coups répétés, la paroi postérieure de la caisse. Parvenu à une certaine profondeur, il substitua l'emploi de la curette tranchante à celui du ciseau. De temps en temps il pratiquait l'opération au stylet pour rechercher si le corps étranger n'était point mobilisé. Cette mobilité enfin constatée, il déplaça plus complètement le corps étranger par une injection et put facilement le saisir avec une pince. Toutes opérations très régulières et très simples. A.-F. P.

Sur la marche de l'otite moyenne suppurée chez les tuberculeux soumis au traitement par la tuberculine, par le Dr Schwabach. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20, 14 mai 1891.)

L'auteur a observé la marche de l'affection auriculaire chez 12 malades soumis au traitement de Koch. Dans 10 cas, l'affection de l'oreille existait déjà avant qu'on ait commencé à faire les injections de tuberculine, tandis que dans les 2 autres cas l'otite moyenne aiguë (simple chez l'un et purulente chez l'autre) ne survenait qu'au cours du traitement par la tuberculine. La réaction générale se montrait dans tous les cas observés, sauf chez une malade, bien que ses crachats continssent des bacilles de Koch. La réaction locale était, dans la plupart des cas, peu prononcée. Les malades se plaignaient de quelques douleurs et d'un bourdonnement peu sensible dans l'oreille affectée, la sécrétion étant légèrement augmentée.

Seulement chez une petite fille de 6 ans, atteinte de tuberculose osseuse multiple et d'otite suppurée double avec carie de l'apophyse mastoïde droite, la réaction locale au niveau des deux oreilles ainsi que la réaction générale étaient très vives après chacune des quatre injections d'un demi-milligramme de tuberculine injecté dans les intervalles de huit à dix jours. En effet, il apparaissait, des deux côtés, de la rougeur et du gonflement de la peau qui recouvre l'apophyse mastoïde; la sécrétion devenait abondante et était parfois teintée de sang.

Quant au résultat obtenu par le traitement de Koch pour l'affection auriculaire qui existait déjà avant les injections, il était nul chez six malades, en ce sens que leur affection n'avait ni empiré ni diminué; chez trois autres malades, l'état de l'oreille avait considérablement empiré, et chez un malade seulement

Digitized by Google

l'otite suppurée, dont la sécrétion avait contenu des bacilles, est complètement guérie. LICHTWITZ.

Traitement des furoncles du conduit auditif externe, par GRÜNWALD. (*Münch. med. Woch.*, n° 9, p. 173, 1891.)

Le traitement de l'auteur est le suivant : après avoir bien nettoyé le conduit auditif on y introduit un bourdonnet d'ouate ou de gaze imbibé d'une solution d'acétate d'aluminium (1 gramme de la liqueur d'acétate d'ammonium de la pharmacopée allemande sur 20 grammes d'eau), puis on bouche hermétiquement le conduit à l'aide d'un tampon de ouate enveloppé dans de la gutta percha laminée. Par ce traitement, on calme rapidement les douleurs et on fait diminuer le gonflement. L'acétate d'aluminium sert seulement comme traitement préventif de l'eczéma, qui apparaît si l'on emploie d'autres liquides dans ce pansement hermétique. L. L.

Le lysol et le naphthol (β) dans le traitement des maladies de l'oreille, par R. HAUG. (*Münch. med. Woch.*, n°s 11 et 12, 1891.)

Le *lysol* appartient à la série des produits de distillation du goudron et forme un liquide huileux brun et clair qui, d'après les recherches de Schottélius, possède un pouvoir bactéricide très puissant.

L'auteur l'a employé dans les otorrhées en injections (solution de 0,1 à 0,25 0/0).

Des solutions plus concentrées provoquent une sensation de brûlure, et employées pendant quelque temps, elles produisent parfois un eczéma des parois du conduit, voire même une otite externe diffuse.

Le lysol n'est soluble que dans l'eau distillée, tandis qu'il forme avec l'eau simple une émulsion laiteuse.

Dans l'otomycose et pour asepsier le conduit auditif avant une opération, le lysol rend des services.

Le *naphtol* (β), lui, a donné de bons résultats, surtout dans les otites moyennes suppurées chroniques sans complications. Haug insuffle la poudre pure après avoir scrupuleusement nettoyé et séché le conduit, le tympan et la caisse, autant qu'elle est accessible. Un autre mode d'emploi consiste en instillations d'alcool naphtolé de 1,5 à 3 0/0. Sur 27 malades atteints d'otite suppurée chronique ou subaiguë la guérison est survenue dans 24 cas. Le traitement a duré de 6 à 29 jours. L. L.

Digitized by Google

Le dermatol dans les affections de l'oreille, par H. Davidsohn. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 12, décembre 1891.)

Davidsohn a expérimenté sur 50 malades de la polyclinique du Dr Schwabach le dermatol (gallate de bismuth). C'est sous forme de poudre qu'il a employé ce nouveau médicament.

Dans l'otite externe (5 cas), la poudre a montré une action siccative bien marquée.

Dans l'otite moyenne aiguë (7 cas), le dermatol n'a pas montré un pouvoir désinfectant supérieur aux autres médicaments. Dans un cas, la poudre de dermatol boucha la petite perforation du tympan, ce qui provoqua des douleurs intenses jusqu'à ce qu'on l'eût enlevée. Le dermatol ne se dissout pas, et c'est là son grand désavantage.

Dans l'otite moyenne chronique suppurée, le dermatol a donné de bons résultats dans 20 cas, mais il est resté inefficace dans 18 autres cas.

En général, on peut dire que le dermatol n'irrite pas et possède une action siccative, mais son pouvoir antiseptique n'est pas plus grand que celui de l'acide borique. LICHTWITZ.

Une complication rare de la gonorrhée (Eine seltene Complication des Harnrohrentrippers), par Fischel. (*Prager med. Woch.*, n° 11, p. 126, 1891.)

Vers le vingt-deuxième jour de l'affection gonorrhéique, le malade, âgé de 24 ans, fut pris de frisson, et il se développa une épididymite à gauche. Deux jours après, il éprouva un fort mal de tête et des bourdonnements très pénibles. Le lendemain, il devint complètement sourd des deux oreilles. M. Habermann, qui examina le malade avec l'auteur, confirma le diagnostic : affection acoustique due à l'infection gonorrhéique.

Un traitement révulsif et diurétique améliora sensiblement au bout de quelques jours l'audition du malade. LICHTWITZ.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

FRANCE

Oreille.

Des contre-indications du cathétérisme de la trompe d'Eustache. Nécessité de l'asepsie, par Polo. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 septembre 1890.)

Digitized by Google

Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de la région mastoïdienne, par Brueil. (*Thèse de Nancy*, 1890.)

Punaise dans le conduit auditif externe, sur le tympan, par Beausoleil. (*Ann. de la Polyclinique de Bordeaux*, juillet 1890.)

De l'action des détonations sur l'oreille, par Noël. (*Bull. méd.*, 1er octobre 1890.)

Hémorragies périodiques de l'oreille chez les hystériques, par J. Baratoux. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er octobre 1890.)

Un cas de perte de connaissance consécutive à un traumatisme auriculaire. Cessation des accidents immédiatement après le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec l'insufflation d'air, par L. Bayer. (*Rev. de laryng., otol. et laryngol.*, 1er octobre 1890.)

Les lésions auriculaires et les lésions des premières voies respiratoires dans l'influenza, par V. Cozzolino. (*France méd.*, 3 octobre 1890.)

Carie du rocher. Ulcération de la carotide, par Sabouraud. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, octobre 1890.)

De l'éducation des sens de la vue et de l'ouïe dans la première et la seconde enfance. Rapport de Charpentier sur le prix de l'hygiène de l'enfance. (*Acad. de méd. de Paris*, 14 octobre 1890.)

Bulletins et mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie. (Tome VI, fascicule 2 ; A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, Paris, 1890.)

Considérations sur les complications auriculaires de la grippe pendant la dernière épidémie, par Albespy. (*Thèse de Paris*, novembre 1890.)

Instruments pour essai d'otoscopie intra-tympanique, par R. Botey, (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er novembre 1890.)

Audition dans la paralysie faciale d'origine cérébrale, fonction d'accommodation et innervation des muscles tympaniques, par Gellé. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol.*, 31 octobre 1890.)

Audition colorée. Rapport de Nimier sur un travail de F. Suarez de Mendoza. (*Soc. d'ophthalm.*, séance du 4 novembre; Paris, 1890.)

Le vertige de Ménière et l'émotivité, par Peugniez et C. Fournier. (*Revue de méd.*, 10 novembre 1890 et 10 mars 1891.)

Une balle de revolver ayant séjourné quatre mois dans le conduit auditif. Extraction, par J. Charazac. (*Ann. de la Polyclinique de Toulouse*, 7 novembre 1890.)

Sensations acoustiques provoquées par les sels de quinine, par Berthelot. (*Acad. des Sciences de Paris*, séance du 24 novembre 1890.)

L'audition colorée. Etudes sur les fausses sensations secondaires physiologiques et particulièrement sur les pseudo-sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sens, par F. Suarez de Mendoza. (Un vol. de 160 pages, O. Doin, éditeur ; Paris, 1890.)

Traitement du relâchement du tympan par le collodion, par M. Lannois. (*Soc. des Sciences méd. de Lyon*, in *Lyon méd.*, 7 décembre 1890.)

De l'étiologie et du traitement de l'otite moyenne aiguë, par G. Gradenigo. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 10 decembre 1890.)

Observations d'affections auriculaires traitées par les courants continus, par Strauven. (*Rev. int. d'électrothérapie*, 1er décembre 1890.)

Sur la gale des oreilles du lapin, par Mégnin. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 19 décembre 1890.)

Recherches cliniques sur la réaction électrique de l'appareil auditif, par L. Perrelet. (*Thèse de Lyon*, novembre 1890.)

Considérations sur les suppurations des cellules mastoïdiennes sous l'influence de la grippe, par Ménard. (*Thèse de Paris*, janvier 1891.)

Note sur l'extraction des corps étrangers de l'oreille, par Créquy. (*Gaz. des hôp.*, 6 janvier 1891.)

Otite purulente droite. Carie du rocher. Abcès du cerveau (à streptocoques), par A. Bergé. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 22; décembre 1890.)

Digitized by Google

Sur l'acuité auditive, par Imbert. (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 8 novembre 1890.)

Corps étranger de l'oreille, par Noquet. (*Soc. de méd. du Nord ; Bull. méd. du Nord*, 28 novembre 1890.)

Réveil d'une gomme scrofulo-tuberculeuse par la perforation du lobule de l'oreille, par Surmont. (*Bull. méd. du Nord*, 12 décembre 1890.)

A propos d'un cas de vertige de Ménière. par A. Samier. (*Bull. méd.*, 4 février 1891.)

Un cas de vertige de Ménière au cours de la leucémie, par M. Lannois. (*Province méd.*, janvier 1891.)

Contribution à l'étude des hémorragies névropathiques de l'oreille sans perforation de la membrane tympanique, par Luc. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, février 1891.)

Grippe épidémique, otite moyenne suppurée, méningite basilaire, névrite optique double, par Clavelin. (*Arch. de méd. et pharmacol. milit.*, février 1891.)

Deux cas de carcinome du pavillon de l'oreille, par E. Vaylor. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 février 1891.)

De l'audition colorée. Revue générale, par H. Nimier. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 21 mars 1891.)

Examen de cerveaux de deux aphasiques et d'une sourde-muette, par J. Luys (*Comptes rendus hebd. des séances de la Soc. de biol.*, 27 mars 1891.)

De la lésion dans la surdité par les oreillons, par Gellé. (*Arch. int. de laryng., otol. et rhinol.*, n° 2, 1891.)

Otite moyenne double; paracentèse tympanique; trépanation des deux apophyses mastoïdes ; guérison, par Martin. (*Arch. de méd. et pharmacol. milit.*, n° 4; avril 1891.)

De la surdité déterminée par le tympan ou les osselets dans l'otite moyenne sèche, et des moyens d'y remédier, par C. Miot. (*Soc. franç d'otol. et laryng.*, session de mai 1891 ; *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er et 15 août et 1er septembre 1891.)

Traitement des écoulements muco-purulents de l'oreille par le tamponnement hydrophile, par Luc. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 27 mai 1891.)

Contribution à l'étude des lésions de l'oreille chez les aliénés, par Clair. (*Thèse de Lyon*, février 1891.)

L'audition colorée. L'asymétrie cranienne, par Collineau. (*Rev. mens. de l'Ecole d'anthropologie de Paris*, 15 juin 1891.)

Vertige de Ménière, par J.-M. Charcot. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1891.)

Electro-acoumètre, par Cheval. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 juillet 1891.)

Contribution à l'étude du traitement de l'otite moyenne suppurée par le salol camphré, par Pégou. (*Thèse de Paris*, juillet 1891.)

Fracture perpendiculaire du rocher avec fracture de l'occipital du même côté, consécutive à une chute sur la partie postérieure de la tête. Séparation et mobilité du fragment interne du rocher. Double communication du foyer de la fracture avec le pharynx et le conduit auditif externe. Méningo-encéphalite de la base, par Cazenave. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 15; juin-juillet 1891.)

Notes sur quelques paroxysmes hystériques peu connus : attaques à forme de névralgie faciale de vertige de Ménière, par Gilles de la Tourette. (*Progrès méd.*, 1er août 1891.)

De l'otite chez l'enfant, par Baumel. (*Montpellier méd.*, 1er mai 1891.

Blessure par arme à feu de la région mastoïdienne, par Duplay (*Semaine méd.*, 13 juin 1891.)

Fistules congénitales symétriques du lobule des oreilles, par Sabrazès. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 mai 1891.)

Contribution à l'étude des abcès du cervelet consécutifs aux otites, par L.-G. Jourdanet. (*Thèse de Lyon*, juillet 1891.)

Digitized by Google

Vertige de Ménière consécutif à une fracture du crâne, par Tronchet. (*Soc. de méd. et chir. de la Rochelle*, in *Bull. méd.*, 16 août 1891.)

D'une forme particulière de vertige auriculaire, par Lœwenberg. (*Bull. méd.*, 26 et 30 août 1891.)

Deux cas de guérison de suppuration chronique de la caisse à la suite de l'excision du marteau, par Luc. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, septembre-octobre 1891.)

Un cas d'ostéome de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe, par Lichtenberg. (*Rev. de laryng., otol et rhinol.*, 1891.)

Rupture traumatique de la membrane du tympan. Paralysie faciale consécutive. Guérison, par Delobel. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 1er octobre 1891.)

Ostéome de l'oreille, par Rafin et Rougier. (*Lyon méd.*, 27 septembre 1891.)

Clinique otologique, annexe du service du professeur Charcot, à la Salpêtrière. Statistique de 1890, par Gellé. (*Progrès méd.*, 19 septembre, 3 et 10 octobre et 21 novembre 1891.)

Considérations sur quelques cas d'otite moyenne observés à Toulon pendant l'épidémie d'influenza de 1889-90, par Aunac. (*Thèse de Montpellier*, 1891.)

De l'enseignement des maladies des oreilles, du larynx et du nez en Allemagne, par E. J. Moure. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 août 1891.)

Collapsus de la membrane du tympan, par Lichtenberg. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 octobre 1891.)

Traité de chirurgie. Oreilles et annexes, par S. Duplay. (Volume IV, G. Masson, éditeur; Paris, 1891.)

Observations bactériologiques sur les furoncles du conduit auditif externe, par A. Maggiora et G. Gradenigo. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, n° 10; 25 octobre 1891.)

Contribution à l'étude des otomycoses, par F. Souls. (*Thèse de Bordeaux*, 1891.)

Un cas de malformation congénitale et un cas d'anomalie du pavillon de l'oreille chez des enfants, par G. Variot. (*Gaz. méd. de Paris*, 14 novembre 1891.)

Leçons sur les maladies de l'oreille faites à l'hôpital des Enfants-Malades (service du professeur Grancher), par P. Hermet. (Un vol. in-8° de 300 pages, O. Doin, éditeur; Paris, 1891.)

Quelques remarques sur les affections de l'oreille dans l'armée et la population civile, par Nimier. (*Arch. de méd. et pharmacol., milit.*, novembre 1891.)

Complications cérébrales des otites, par A. Robin. (*Médecine moderne*, 26 novembre 1891.)

Prophylaxie de la surdité. Revue générale, par H. Nimier. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 5 décembre 1891.)

Des complications auriculaires au cours de la leucocythémie, par L. Manificat. (*Thèse de Lyon*, novembre 1891.)

Note sur un cas d'hémorragies auriculaires, oculaires et palmaires de nature hystérique, par A. Rémond. (*Languedoc médical*, 11 décembre 1891.)

Fractures multiples de la base du crâne avec lésions étendues du temporal : fracture oblique de la base du rocher, isolement complet de cette apophyse. Lésions des cellules mastoïdiennes. Otorrhagie abondante, par W. Cazenave. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 20; novembre 1891.)

Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'oreille, par Charazac. (*Rev. de laryng., otol., et rhinol.*, 1er et 15 janvier et 1er février 1892.

De l'exploration de l'appareil auditif, par Vizerie. (*Thèse de Bordeaux*), décembre 1891.)

Trépanation du crâne et de l'apophyse mastoïde suite d'une otite suppurée, par Polo. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 janvier 1892.)

Digitized by Google

Note sur deux cas d'otite moyenne purulente contenant le bacille pyocyanique à l'état de pureté, par Martha. (*Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, 1er janvier 1892.)

Coup de feu dans l'oreille. Paralysie faciale. Hémiplégie. Obstruction de la carotide interne, par Duthil et Jean Charcot. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 22; décembre 1891.)

Un progrès en otiatrie, par Lavrand. (*Journ. des Sciences méd de Lille*, 25 décembre 1891.)

Thrombose des sinus de la dure-mère, consécutive à une otite moyenne purulente chronique avec carie de l'apophyse mastoïde chez un enfant de trois mois, par Pépin. (*Soc. d'anat. et physiol.*, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 décembre 1891.)

La mastoïdite suppurée, par S. Duplay. (*Union méd.*, 2 février 1891.)

Traumatisme de l'oreille et rupture du tympan, par Marais. (*Soc. de méd. de Caen*, 8 janvier: in *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 3 fevrier 1892.)

Note sur les suppurations à pneumocoques, par R. Condamin. (*Lyon méd.*, 7 février 1892.)

Otite moyenne suppurée avec perforation de la membrane du tympan ayant amené une infection streptococcique (pseudo-rhumatisme infectieux), par F. Raymond et A. Netter. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris*, 11 février 1892.)

Des suppurations anciennes des oreilles. Comment on peut arriver à les guerir absolument, par Jacquemart. (*Rev. de laryng., otol. et rhin.*, 15 février et 1er mars 1892.)

NOUVELLES

Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris.

Ordre du jour de la séance du 4 mars :

Sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale avec présentation d'une pièce anatomique, par Potiquet. — Déviations de la cloison des fosses nasales. Classification. Embryologie. Présentation de coupes. Règles générales du traitement, par Chatellier. — Quatre cas de sangsues dans les voies respiratoires supérieures, par Artzrouny. — Extirpation par voie naturelle des papillomes multiples du larynx chez l'enfant à l'aide d'une nouvelle méthode, par Lichtwitz.

Vin de Chassaing. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Digitized by Google

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Deafness and discharge from the ear. The modern treatment for the radical cure of deafness, otorrhœa, noices in the head, vertigo and distress in the ear (Surdité et écoulement de l'oreille. Traitement moderne pour la cure radicale de la surdité, de l'otorrhée, des bruits dans la tête, du vertige et de la gêne dans l'oreille), par S. Sexton et A. Duane. (Un vol. de 89 pages, J. H. Vail and C°, éditeurs. New-York, 1891.)

Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches et la pseudo-phtisie pulmonaire d'origine calculeuse, par S.-A.-M. Poulalion. (Un vol. de 240 pages, avec figures dans le texte ; G. Steinheil, éditeurs Paris, 1891.)

Sull' uso della fluoroglucina nella decalcificazione del labirinto (Sur l'emploi de la fluoroglucine dans la décalcification du labyrinthe), par G. Ferreri. (Extrait du *Boll. della R. Accad. med. di Roma*, fasc. 1, 1892.)

Deux cents opérations de petite chirurgie de la bouche pratiquées à l'aide de la cocaïne en injections. Résultats, mode d'emploi, avantages sur le chloroforme. Conclusions, par A. Combe. (Extrait du *Congrès français de chirurgie*, 5e session, 1891. F. Alcan, éditeur.)

Ueber die Conformation der Ohrmuschel bei den Verbrecherinnen (Sur la conformation du pavillon de l'oreille chez les criminelles), par G. Gradenigo. (Tirage à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, Band XXII, 1891.)

Digitized by Google

Su alcune modalità funzionali nelle lesioni del nervo acustico (Sur quelques modalités fonctionnelles dans les lésions du nerf acoustique), par M. Cardoso. (Extrait du *Sperimentale*, anno XLV.)

A tragus retractor, par E. Cresswell Baber. (Extrait des *Arch. of Otology*, vol. XXI, n° 1, 1892.)

Speculum divaricatore delle corde vocali e sollevatore della epiglottide per operazioni laryngee e tracheali (Speculum dilatateur des cordes vocales et élévateur de l'épiglotte pour les opérations laryngées et trachéales), par J. Dionisio. (Extrait du *Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, n. 11-12, 1891.)

Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et des cavités voisines, par Émile Berger. (Broch. de 46 pages, avec 6 figures intercalées dans le texte. O. Doin, éditeur, Paris, 1892.)

Una chiara dimostrazione clinica e anatomo-patologica della possibile degenerazione maligna. Infiltrazione cancerigna delle vegetazione adenoïdi in un adulte sui 40 e poci anni (Démonstration clinique et anatomo-pathologique de la possibilité de la dégénérescence maligne. Infiltration cancéreuse des végétations adénoïdes chez un homme d'une quarantaine d'années, par V. Cozzolino. (Extrait du *Sordomuto*, n. 18-19-20, 1891.

Tumore congenito del pilastro anteriore palatino (Tumeur congénitale du pilier palatin antérieur), par F. Roncalli. (Extrait du *Sordomuto*, n° 20, 1891.)

Ueber das Ansaugen der Nasenflügeln (Sur l'attraction des ailes du nez, par Moritz Schmidt. (Extrait de la *Deuts. med. Woch.*, n° 4, 1892.)

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 55.3.92.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

LA TUBERCULOSE DU LARYNX DANS L'ENFANCE

Par le Dr A.-F. PLICQUE, ancien interne des Hôpitaux.

I

La tuberculose du larynx constitue dans l'enfance une affection rare. La plupart des traités classiques de pathologie infantile. (D'Espine et Picot, Descroizilles, Weil, Baginski, etc.), se contentent de la mentionner incidemment en quelques mots ou même la passent entièrement sous silence. Seuls Barthez et Sanné (1) lui consacrent un chapitre spécial. Ce chapitre, basé sur seize observations personnelles ou étrangères, est un des documents les plus importants qui existent sur la question. Nous lui ferons de nombreux emprunts.

Les traités spéciaux, consacrés soit aux affections du larynx, soit à la phtisie laryngée, sont également très brefs relativement à la tuberculose du larynx dans l'enfance. Trousseau et Belloc (2) rapportent deux observations assez douteuses, l'une chez un garçon de 12 ans, l'autre chez une petite fille de 6 ans. Ils citent l'aphorisme de Joh. Franck et déclarent l'adopter : *Si infantes phtisi laryngeæ venereæ affectos excipiam, fateri debeo omnes ægrotos pubertatis epocham superasse, plurimi inter* 30 et 40 *ætatis annum versabantur.* Morell Mackenzie n'en a observé personnellement que huit cas, quatre chez des enfants de 5 à 10 ans, quatre chez

(1) *Maladies des Enfants*, Paris, 1891, vol. III, p. 1046.
(2) Trousseau et Belloc. — *Traité de la phtisie laryngée*, 1837.

Digitized by Google

des enfants de 10 à 15 ans. Lublinski (1) se contente de rapporter deux observations, l'une de Morel Lavallée, chez un enfant de 12 ans, l'autre de Lennox-Browne, chez un enfant de 5 ans. L'enfant le plus jeune qu'il ait lui-même observé avait 5 ans. Moritz Schmidt a observé un cas chez une fillette de 11 ans, mais il déclare qu'en dix ans aucun fait de tuberculose laryngée n'a été observé à l'hôpital d'enfants de Francfort. Gouguenheim et Tissier (2) enfin, en décrivant la forme si intéressante de tuberculose laryngée pseudopolypeuse font remarquer qu'elle se développe de préférence chez les jeunes sujets quelquefois comme manifestation primitive initiale de la tuberculose, le plus souvent comme manifestation secondaire chez des sujets suspects à tare héréditaire, anciens scrofuleux ou lymphatiques. Mais si cette forme de tuberculose est un peu plus précoce que les formes ordinaires, elle appartient néanmoins elle aussi, bien plus à l'adolescence qu'à l'enfance proprement dite.

Le nombre des observations publiées soit dans les traités classiques, soit isolément, est donc très peu considérable. Rheindorff, dans un mémoire récent sur la tuberculose du larynx chez l'enfant, n'a pu, après des recherches bibliographiques très complètes, en recueillir que 20. Encore beaucoup ne consistent-elles qu'en quelques lignes, sont-elles une simple mention plutôt qu'une observation proprement dite. De plus, dans la plupart de ces observations, les enfants étaient sortis de la première enfance. Rheindorff a pu cependant réunir trois observations de Heinze chez des enfants de 11, 12 et 15 mois, une observation de Demme chez un enfant de 2 ans 1/2, une observation de Lublinski chez un enfant de 31 mois. Il a lui-même rapporté un fait intéressant, parce qu'il est un des rares faits vraiment détaillés que nous possédions et par l'âge. L'enfant avait six mois au moment du début (3).

II

Si, au lieu de s'adresser aux observations cliniques pour

(1) Lublinski. — *Deutsche medicinal Zeitung*, nos 53-55, 1887.
(2) Gouguenheim et Tissier. — *Phtisie laryngée*, Paris, 1889, p. 207.
(3) *Jahrbuch für. Kinderheilkunde*, 1891, vol. XXXIII, p. 71.

Digitized by Google

rechercher la fréquence de la tuberculose du larynx chez l'enfant, on s'adresse aux observations anatomopathologiques, les résultats montrent que cette tuberculose est plus rare que chez l'adulte, que cette rareté est pourtant un peu moindre qu'on l'aurait supposé. On ne peut tenir compte bien entendu que des statistiques complètes, celles où le larynx a été toujours examiné de parti pris, quels qu'aient été les accidents pendant la vie.

Parmi ces statistiques, une des plus importantes, sinon des plus étendues, est celle qui a été publiée par Leroux, en 1888, d'après les observations inédites de Parrot. Sur 219 observations de tuberculose prises en général, on trouve 19 cas d'ulcérations du larynx, ulcérations dont la nature tuberculeuse est rendue infiniment vraisemblable par la présence d'autres lésions tuberculeuses, soit pulmonaires, soit généralisées. Sur les 50 observations choisies dans ces 219, et que Leroux publie, on trouve 6 cas de tuberculose laryngée. Ces chiffres sont d'autant plus intéressants qu'ils se rapportent à des enfants âgés de moins de 2 ans.

Frœbelius (1) observant dans un milieu analogue, à l'asile des enfants abandonnés de Saint-Pétersbourg, a, sur 416 autopsies de jeunes enfants tuberculeux, trouvé 10 cas d'ulcérations du larynx, soit 2,4 0/0.

Ces chiffres sont assurément bien faibles. Sur 1,226 autopsies de phtisiques faites en dix ans à l'Institut anatomopathologique de Leipzig, Heinze a trouvé le larynx atteint dans 376 cas (30,6 0/0). De ces 376 cas, trois seulement se rapportaient à des enfants de 11, 12 et 16 mois. La proportion qu'il donne suivant l'âge est extrêmement remarquable. Avant un an, il a trouvé des altérations du larynx une fois sur 13 autopsies (7,6 0/0). De 1 an à 10 ans, il les a rencontrées quatre fois sur 39 autopsies (10,2 0/0). De 11 à 20 ans, il les a rencontrées vingt-trois fois sur 92 autopsies. La proportion est déjà de 25 0/0 et rapproche du chiffre général 30,6 0/0.

En résumé, donc et sans insister sur ces statistiques forcément arides, la tuberculose du larynx paraît d'autant plus rare que les enfants sont plus jeunes. Toutefois cette rareté

(1) *Jahrbuch fur. Kinderheilkunde*, 1886, vol. XXIV.

Digitized by Google

n'est que relative. La fréquence des observations anatomo-pathologiques paraît à première vue en contradiction avec l'extrême rareté des observations cliniques.

III

La contradiction entre l'anatomie pathologique et la clinique est plus apparente que réelle. Si les lésions laryngées ne sont pas très rares chez l'enfant, il est exceptionnel qu'elles aient cliniquement une grande importance. Elles ne sont le plus souvent qu'un épiphénomène au milieu d'une tuberculose généralisée, un accident de plus passant inaperçu au cours d'accidents déjà nombreux.

Ce qui frappe en effet dans toutes les autopsies de tuberculose infantile, c'est l'extrême dissémination des lésions. La petite malade de Rheindorff présentait des tubercules des poumons, de la rate, des reins, de l'intestin, du foie, des ganglions du cerveau en même temps que du larynx. « C'est toujours à une période avancée d'une phtisie tuberculeuse confirmée que les symptômes laryngés se montrent, écrivent Barthez et Sanné ; chez l'adulte, les lésions laryngées chroniques sont quelquefois la seule ou presque la seule manifestation de l'affection tuberculeuse ; chez l'enfant, il n'en va plus de même. » Rien d'étonnant donc que les lésions laryngées secondaires survenant au cours d'accidents déjà graves à la période ultime de l'affection passent inaperçues ou éveillent du moins très peu l'attention des cliniciens.

L'examen laryngoscopique qui seul permettrait un diagnostic complet, est d'ailleurs dans ces conditions à peu près impossible. Cet examen est toujours difficile chez l'enfant. Il l'est d'autant plus que l'enfant est plus jeune, plus fatigué, plus abattu. Bien souvent il n'est pas même essayé, ou s'il est essayé comme il le fut chez la petite malade de Rheindorff, il ne donne que peu de résultats. Il ne faudrait pourtant pas s'exagérer ces difficultés ; l'emploi du laryngoscope qui a déjà gagné tant de terrain en clinique infantile pourra seule obscurcir l'histoire encore si obscure de la tuberculose laryngée.

Digitized by Google

IV

Malgré la rareté des observations, est-il possible d'essayer de résumer la symptomatologie clinique, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la tuberculose laryngée de l'enfant? En dehors des symptômes généraux de la tuberculose, deux symptômes seulement, l'altération de la voix et la douleur laryngée sont signalés par Barthez comme ayant quelque importance.

L'altération de la voix est le symptôme le plus caractérisé. Cette altération est très peu marquée au début. Elle se borne à de l'enrouement, à quelque chose de voilé dans le timbre. Il est fort rare que la voix s'éteigne complètement. Barthez et Sanné n'ont vu cette extinction complète qu'une seule fois, trois jours avant la mort. L'enrouement est lui-même un symptôme assez tardif. Il débute presque toujours dans les dernières semaines de la maladie. Une seule fois dans les observations de Barthez et Sanné, la voix est devenue voilée cinquante-huit jours avant la mort, soixante-douze après le début de l'affection. Dans toutes les autres, c'est une vingtaine de jours seulement avant la mort qu'on a commencé à s'apercevoir de l'enrouement.

La douleur, d'après Barthez serait trois fois plus rare que l'enrouement. Alors même que les enfants sont en âge d'exprimer leurs sensations, qu'ils sont minutieusement observés, il est fréquent de voir des ulcérations étendues du larynx rester absolument indolentes. Jamais non plus, Barthez et Sanné n'ont observé chez l'enfant ces dysphagies si pénibles de l'adulte. Jamais ils n'ont vu soit en ville, soit à l'hôpital, le retour des aliments par le nez, la toux fatigante douloureuse au moment où s'effectue la déglutition.

La toux n'offre aucun caractère spécial. Elle peut être rauque, très fréquente, très pénible. C'est seulement quand d'autres lésions ganglionnaires ou pulmonaires n'expliquent pas la toux, que sa coïncidence avec l'enrouement peut avoir une valeur diagnostique.

Un autre fait singulier est l'absence d'accès de dyspnée.

Digitized by Google

Ce fait est d'autant plus remarquable que l'on sait avec quelle facilité l'œdème de la glotte, le spasme de la glotte viennent compliquer les autres affections du larynx chez l'enfant et provoquer la suffocation. Barthez et Sanné ne rapportent que deux faits, où l'on ait observé des accidents de suffocation prononcés. Ces faits sont tous deux étrangers à leur observation personnelle. Dans le premier, la tuberculose s'était compliquée d'œdème de la glotte. Dans le second, quelques fragments de tubercule étaient tombés dans les bronches. Les cas où la trachéotomie si fréquemment pratiquée dans l'enfance a été faite pour une tuberculose laryngée paraissent absolument exceptionnels.

On voit donc combien les troubles fonctionnels restent d'ordinaire vagues et peu marqués. L'examen direct de la gorge est d'ordinaire négatif. Les ulcérations tuberculeuses de la bouche et du pharynx sont rarissimes dans l'enfance. Mais, en déprimant profondément la langue, on réussirait assez fréquemment à apercevoir la face supérieure de l'épiglotte (Rheindorff).

L'examen laryngoscopique est difficile chez le jeune enfant. Rauchfuss aurait pu, cependant, le pratiquer avec succès chez un enfant de six mois. Ces difficultés tiennent surtout à l'irritation extrême du pharynx chez beaucoup d'enfants tuberculeux, à la salivation d'autant plus abondante que l'enfant est plus jeune ; enfin à la configuration spéciale de l'épiglotte, sur laquelle insiste Rheindorff. L'épiglotte, en effet, chez les tous jeunes enfants, est comme enroulée sur elle-même, surplomblant et masquant l'orifice laryngée. Chez les enfants de 7 à 8 ans, les difficultés locales sont moins graves, mais leur résistance énergique rend parfois tout examen impossible. Cette résistance peut être telle qu'il y aurait danger à essayer d'en triompher. On hésitera toujours à employer le chloroforme pour un simple examen. Son emploi n'a pas toujours permis à Rauchfuss d'avoir une vision beaucoup plus distincte que celle qu'il obtenait sans anesthésie.

Quoi qu'il en soit de ces difficultés, les symptômes fournis par l'examen laryngoscopique seraient, d'après Barthez,

Digitized by Google

les suivants : La muqueuse est rouge, injectée, striée de vésicules saillantes ou parsemée de taches rouges ; les cordes vocales peuvent être couvertes de muco-pus, gonflées, érodées. Les muscles du larynx, dans les cas graves, fonctionnent paresseusement du fait de ces altérations plutôt que par paralysies. A ces symptômes bien vagues il ajoute le fond, souvent blanchâtre, la forme arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce des ulcérations.

Si vagues, si mal définis que soient ces divers symptômes, il est rare, par suite du terrain, des autres lésions tuberculeuses que le diagnostic hésite beaucoup. Les ulcérations laryngées peuvent sans doute s'observer après la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde ; l'étude des commémoratifs et du terrain trancherait à défaut de caractères suffisants fournis par le laryngoscope, en pareil cas, la question. C'est surtout avec les lésions laryngées de la syphilis héréditaire que le diagnostic peut être hésitant. L'embarras sera dans quelques cas d'autant plus grand que l'on voit parfois coexister la syphilis et la tuberculose. Ce fut le cas dans l'observation de Rheindorff. A un mois et demi, l'enfant avait présenté des accidents de pseudoparalysie brachiale guéris par le traitement spécifique. Aussi quand à six mois apparurent la toux, l'enrouement, l'amaigrissement, songea-t-on tout d'abord à la syphilis. Mais cette fois le traitement spécifique n'amena pas le moindre soulagement. A l'autopsie, en même temps que les nombreuses lésions tuberculeuses déjà signalées plus haut, on trouva d'ailleurs des lésions costales que l'examen démontra d'une façon certaine être nettement syphilitiques. La conduite de Rheindorff devrait être imitée, bien entendu, et le traitement spécifique d'épreuve institué, pour peu qu'on puisse avoir le moindre soupçon d'une affection syphilitique.

Le pronostic est des plus graves, moins d'ailleurs par le fait des lésions laryngées que par le fait des autres lésions tuberculeuses. Les lésions laryngées ne déterminent par elles-mêmes que des troubles fonctionnels peu marqués et beaucoup moins pénibles que chez l'adulte. Ce n'est guère que dans le cas, assez exceptionnel, où elles se compliquent

Digitized by Google

d'œdème de la glotte et d'accidents dyspnéiques qu'elles peuvent contribuer à hâter la mort. Mais si la tuberculose laryngée de l'enfant est, par elle-même, peu dangereuse, son apparition n'en constitue pas moins un signe pronostique des plus sérieux indiquant en général, à bref délai, une terminaison fatale.

Le traitement, on le comprend, se réduira presque toujours à peu de chose. C'est sans beaucoup de conviction que Barthez et Sanné indiquent comme principaux moyens thérapeutiques le curettage ou les cautérisations à galvanocautère dans la forme végétante, les badigeonnages avec la solution d'acide lactique à 50 0/0 et les insufflations d'iodoforme porphyrisé dans la forme ulcérée. Ils remarquent qu'à l'époque où se produisent les lésions laryngées la faiblesse est toujours trop avancée pour qu'on essaye une médication qui fatigue inutilement le malade. On se contentera donc le plus souvent de quelques attouchements à la cocaïne dans le cas de douleurs. Les pulvérisations d'eaux sulfureuses et en particulier d'eaux de Challes diminueraient l'enrouement. Il est bien rare que les accidents dyspnéiques soient tels et de telle nature qu'ils nécessitent la trachéotomie.

V

Les lésions anatomopathologiques revêtent deux formes principales : la forme ulcéreuse, la plus fréquente ; la forme végétante, la plus rare. Les ulcérations existent assez souvent à la fois dans le larynx et la trachée (un tiers des cas de Barthez). Elles sont ordinairement multiples, peu profondes ; sur les cordes vocales elles ont souvent la forme d'un coup d'ongle ou d'une fissure. Elles sont souvent entourées de nodules tuberculeux. La forme végétante, qui semble plus spéciale aux enfants déjà âgés, amène souvent un retrécissement notable du calibre du larynx.

Relativement à la pathogénie, un certain nombre d'explications ont été proposées pour expliquer la rareté relative de la tuberculose du larynx dans l'enfance. Rheindorff fait

Digitized by Google

remarquer tout d'abord que les causes d'irritation du larynx sont d'autant plus rares que les enfants sont plus jeunes. Or, ces causes d'irritation jouent, en dehors de l'infection, un rôle évident. C'est par elles que, dans l'âge adulte, on a expliqué la fréquence plus grande de la tuberculose laryngée chez les hommes que chez les femmes.

L'évolution très rapide de la tuberculose chez l'enfant constitue une explication plus importante. La forme généralisée, la granulie, est chez lui de beaucoup la plus fréquente. Elle tue le plus souvent avant la production d'ulcérations laryngées.

Bollinger (1) enfin a rapproché de la rareté des ulcérations laryngées la rareté des cavernes pulmonaires chez l'enfant. On ne trouve pas chez lui de ces cavernes pleines de crachats purulents et sources permanentes des auto-infections. Il fait, en revanche, remarquer que le fait que les enfants tuberculeux ne crachent pas ne peut être invoqué pour expliquer la rareté des infections du larynx. Si les enfants ne crachent pas, ils n'en expulsent pas moins leurs produits tuberculeux à travers les bronches et le larynx. Ces produits sont ensuite déglutis sans être rejetés par la bouche. Mais les chances d'infection restent chez eux les mêmes que chez l'adulte. L'enfant a moins souvent des crachats virulents puisque les lésions pulmonaires ont presque toujours chez lui la forme granulique. Mais quand ils existent, ces crachats jouent chez lui le rôle ordinaire d'auto-inoculation.

VI

Il n'est pas sans intérêt de comparer à la tuberculose du larynx le lupus du larynx chez l'enfant. Nous serons très brefs dans cette partie de notre étude, dont la plupart des éléments se trouvent dans l'excellente thèse de notre collègue M. Marty.

Le lupus du larynx est surtout une affection de l'adoles-

(1) *Munchener mediz. Wochenschrift*, n° 33, 1890.
(2) *Le lupus du larynx*, Paris, 1888.

Digitized by Google

cence. Il est, chez les jeunes enfants, plus rare encore que la tuberculose. Sur cinq cas de lupus primitif du larynx réunis par Marty, un cas toutefois, emprunté à Ziemssen, avait débuté à l'âge de dix ans. L'évolution avait été lente. A douze ans, on trouvait une ulcération échancrant fortement le côté gauche de l'épiglotte et entourée de nombreuses granulations tuberculeuses qui s'étendaient sur le ligament aryténo-épiglottique et sur le côté gauche de la glotte. Toute idée de syphilis devait être écartée. Des résultats très satisfaisants furent obtenus par l'emploi de l'iodure de potassium, de l'huile de foie de morue et par des cautérisations énergiques faites au nitrate d'argent.

Les observations de lupus secondaire du larynx sont assez fréquentes chez les enfants déjà âgés. Sur cinquante-trois observations réunies par Marty et où l'âge se trouve indiqué, dix-sept ont trait à des enfants de moins de quatorze ans. Le plus jeune des enfants (Obs. de Grossmann, trad. par Mlle Wilbouchewitch, in *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, t. XIII, p. 327, 1887.) observés était âgé de sept ans. L'évolution fut chez lui des plus remarquables. Peu de temps après avoir été atteint d'une adénite cervicale gauche suppurée, il offrit sur les bords de la plaie des nodules d'un rouge sombre. Au bout de deux mois, sa voix s'enroua. L'examen laryngoscopique montra le larynx simplement hyperhémié; les cordes vocales jouissant d'une mobilité presque normale. Cinq à huit semaines plus tard, la muqueuse, complètement altérée, présentait l'aspect de la conjonctivite granuleuse (trachome). Peu de jours après, le voile du palais, la muqueuse de la voûte palatine étaient envahis, le bord libre de l'épiglotte épaissi ; enfin, les granulations devinrent confluentes, des ulcérations se formèrent en divers points pour se cicatriser sans traitement, tandis qu'il s'en formait d'autres à côté. Un an après, l'enfant fut pris d'accès de suffocation causés par une tumeur implantée sur la paroi postérieure du larynx, et qui en envahissait les deux tiers. Elle aussi rétrograda spontanément.

Le diagnostic du lupus et de la tuberculose du larynx chez l'enfant est ordinairement rendu facile par l'extrême

Digitized by Google

différence de l'état général chez le lupique et le tuberculeux. Le diagnostic avec la syphilis héréditaire peut, au contraire, présenter des difficultés qui ne sont résolues que par le traitement spécifique d'épreuve. C'est ainsi que chez une fillette de dix ans, Rauchfuss trouvant la voûte palatine détruite en partie et en partie couverte de cicatrices, l'épiglotte transformée en un moignon volumineux granuleux, les replis aryténo-épiglottiques couverts de grosses tumeurs verruqueuses qui avaient amené, en se prolongeant dans la cavité laryngée, un retrécissement très notable, pensa tout d'abord au lupus. L'amélioration produite par la décoction de Zittmann fut telle que Rauchfuss croit tout au moins devoir admettre que les lésions étaient mixtes, forme hybride de lupus et de syphilis héréditaire.

Dans le traitement local du lupus de l'enfant, les moyens les plus employés ont été les cautérisations au galvanocautère, à la teinture d'iode, au nitrate d'argent. Grossmann recommande les cautérisations à l'acide lactique à 50 ou 80 0/0, après anesthésie par la cocaïne. Turck, dans un cas, a vu le traitement interne par l'huile de foie de morue à hautes doses suffire pour amener une guérison presque complète. Le traitement général s'impose toujours, bien entendu, à côté du traitement local.

II

LA RESPIRATION BUCCO-NASALE EST-ELLE POSSIBLE ?

Par le Dr L. COUETOUX (de Nantes).

Le travail publié tout récemment dans cette Revue sur la respiration pendant l'exercice a reçu un accueil favorable des médecins adonnés à l'étude des exercices physiques, si fort en honneur à l'époque présente.

Les circonstances indiquées, bien plus que le talent de

Digitized by Google

l'auteur, expliquent cet intérêt. Ceci est démontré par les observations critiques que m'a values la négation de la respiration simultanée par le nez et la bouche. C'est ainsi que le Dr Tissié, dans l'intéressante *Revue des jeux scolaires*, qu'il dirige à Bordeaux, peu convaincu par mes arguments, pose la question suivante : Peut-on respirer par la bouche et le nez?

Il m'a semblé que ce problème, qui pour la pathologie nasale ne présente qu'un intérêt indirect, devait être traité par des rhinologistes avec quelque compétence, et que nous devions faire profiter l'hygiène de nos études spéciales : *Sic vos, non vobis.*

J'ai donc pratiqué le doute méthodique vis-à-vis des expériences du Dr Smester, que j'avais admises, parce que personne ne leur avait opposé d'expériences méthodiques contradictoires. On sait que le premier il souleva la question et l'étudia au point de vue des inhalations d'oxygène. Je ne veux pas décrire ici ses expériences faites au moyen de flacons remplis d'eau dans lesquels plongeaient des tubes venant du nez et de la bouche, ou bien au moyen de gazomètres. Ce qu'il est important de rappeler, c'est que dans ses très intéressantes expériences le principe fut d'introduire dans le nez et dans la bouche, un appareil plus ou moins volumineux. Ainsi il arriva à la conclusion suivante : L'inspiration simultanée par le nez et la bouche est physiologiquement et anatomiquement impossible; de même l'expiration. Les conclusions de Smester se trouvèrent conformes à celles du Dr Raphaël Dubois, préparateur de P. Bert au Collège de France.

Malheureusement ces expériences ont été bien plutôt découragées qu'étudiées par le rapporteur près l'Académie de médecine, M Woillez, qui, en niant les conclusions, ne proposa que des modifications expérimentales peu importantes, auxquelles se soumit Smester. Ces modifications, présentées dans son mémoire de 1884, donnèrent les mêmes résultats.

Lorsque M. Goguillot présenta son ouvrage sur les sourds-muets, j'eus à étudier la respiration phonétique des voyelles nasales, et il me fallut instituer quelques expériences pour

Digitized by Google

prouver la possibilité de la respiration naso-buccale pendant la prononciation de ces voyelles.

A la suite de la question posée par M. Tissié, j'ai repris et modifié mes expériences. Il est possible qu'en introduisant dans la bouche des instruments plus ou moins volumineux on ne puisse respirer à la fois par le nez et la bouche, mais ce n'est pas là l'état de la respiration normale.

Renouvelons donc tous ces essais en nous servant simplement de deux tubes de 15 centimètres de long, ayant chacun 6 millimètres de diamètre intérieur. Je place l'un dans la bouche et le pince avec les lèvres; je ferme l'une des narines et place le second tube dans l'autre narine.

Si maintenant je dirige ces deux tubes vers deux bougies placées l'une devant l'orifice terminal du premier, l'autre vis-à-vis l'orifice du second, et prononce une syllabe nasale, les deux flammes s'inclinent. Si je continue de respirer ainsi tranquillement et sans faire aucun bruit, les deux flammes s'inclinent encore.

Si je supprime le tube introduit dans la bouche et me place devant une des bougies, tandis que l'autre tube, placé comme précédemment, est dirigé vers l'autre bougie, les deux flammes s'inclinent. De même, pendant l'inspiration, dans les deux cas, les deux flammes sont attirées.

Ainsi la respiration naso-buccale est normale, quand la bouche est ouverte, que l'on respire tranquillement et que les narines sont libres. De même dans la respiration, dite haletante.

Ce qui reste, à mon avis, des expériences de Smester, c'est que dans l'expiration très forte et non haletante — car celle-ci est courte, fréquente plutôt que forte — le voile est plus ou moins projeté en haut. De même il faut admettre avec Smester que les organes dans un même mode respiratoire conservent leur même position à l'inspiration et à l'expiration. Enfin les conclusions de Smester conservent toute leur valeur pour les cas où une opération exige la présence dans la bouche d'instruments un peu volumineux, tubes, ouvre-bouche, etc., et c'est en vue de ces opérations qu'elles ont été faites.

Digitized by Google

Si l'on me reproche des conclusions absolument opposées à 15 jours d'intervalle, je répondrai que les conclusions varient avec les expériences, et qu'il fallait avant moi opposer aux expériences de Smester des méthodes contradictoires, ce qu'on a omis de faire.

D'ailleurs, au point de vue pratique, la respiration naso-buccale, on le voit, se confond ordinairement avec la respiration buccale et doit être rejetée comme cette dernière dans la pratique des exercices physiques. Je ne vois rien à modifier, à part le point indiqué, à mes précédentes conclusions.

III

SPÉCULUM DILATATEUR DES CORDES VOCALES ET ÉLÉVATEUR DE L'ÉPIGLOTTE POUR LES OPÉRATIONS ENDOLARYNGIENNES ET SOUS-GLOTTIQUES

Par le Dr **IGNACE DIONISIO**, directeur de la Section pour les maladies de la gorge et du nez à la Policlinique de Turin.

Le médecin qui doit pratiquer une opération dans l'intérieur du larynx, ou dans la région sous-glottique, rencontre souvent une grande difficulté à manœuvrer, avec la précision voulue, en raison du contact des instruments, et par suite de l'abaissement de l'épiglotte.

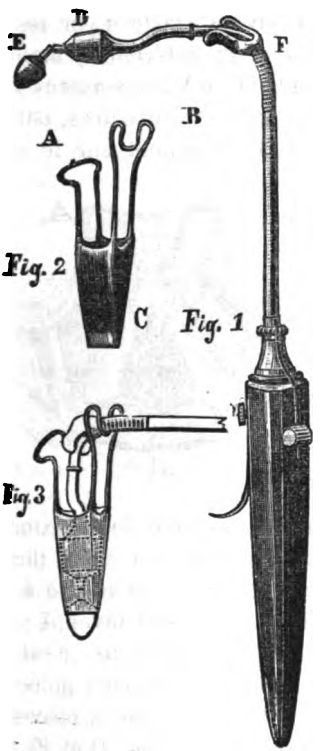
On parvient, il est vrai, souvent à vaincre cet obstacle, soit en habituant peu à peu les malades à l'introduction des instruments, soit en émoussant la sensibilité de la muqueuse par la cocaïne, et mieux encore par la dextérité de main de l'opérateur; mais il en est pas moins vrai qu'il n'y a des cas, surtout chez les enfants et les malades nerveux, qui déjouent tous les moyens qu'on a pu employer.

Afin d'accélérer l'exécution des opérations chez les malades, qui tolèrent sans grande réaction les instruments, et de faciliter l'intervention dans les cas d'intolérance, j'ai fait

Digitized by Google

construire un *spéculum* du larynx, pouvant s'introduire par la bouche, et destiné à écarter les cordes vocales, en soulevant en même temps l'épiglotte.

Le spéculum est formé par un cylindre métallique oviforme (ovalaire) et conique (fig. 2 C) de différentes grosseurs, pour être adapté aux diverses dimensions du larynx, et long d'en-

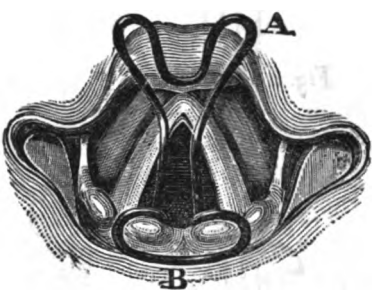


viron 2 centimètres; sur le bord supérieur le plus large, sont insérées solidement quatre petites tiges en acier, deux antérieurement et plus rapprochées (fig. 2 A), deux postérieurement plus éloignées l'une de l'autre (fig. 2 A); les tiges s'allongent en montant parallèlement de 20 millimètres; ensuite les deux tiges antérieures montent encore en divergeant

Digitized by Google

de 26 millimètres, se replient d'abord en bas et en dedans, pour se réunir en forme de V (fig. 2 B); les deux tiges postérieures se replient horizontalement en arrière et presque immédiatement en dedans avant de se souder.

Lorsque mon spéculum est introduit dans la cavité du larynx, le bord supérieur du tube G (fig. 2) plonge dans la trachée, à 2 centimètres au-dessous des cordes vocales, et ces dernières se trouvent écartées par les quatre tiges métalliques, donl les deux antérieure, montant verticalement B (fig. 2) et se repliant en V, repoussent en avant l'épiglotte (fig. 4 A); les deux tiges postérieures, par leur partie repliée en arrière (fig. 2 B), appuient sur le bord postérieur de



l'ouverture du larynx, au point de réflexion de la muqueuse de l'œsophage dans la cavité du larynx (fig. 4 A-B.)

Pour introduire l'appareil, j'ai adopté à peu près le même instrument que celui qui a été inventé par O'Dwyer, pour l'introduction des tubes à intubation, c'est-à-dire un manche (fig. 1), portant une tige métallique repliée F (fig. 1), à angle droit, terminée à son tour, par deux pièces D et E articulées l'une sur l'autre, les deux pièces D et E pénétrant dans le cylindre C (fig. 2), y adhèrent par le simple contact de la pièce D (fig. 1), avec les parois du tube C (fig. 2); la pièce E déborde en partie de l'ouverture du cylindre C (fig. 2), comme on le voit dans la figure 3. Un mécanisme de l'appareil de O'Dwyer sert à détacher, avec la plus grande facllité, le cylindre C (fig. 2) de l'instrument introducteur.

L'application du spéculum, précédée de l'anesthésie lo-

Digitized by Google

cale par la cocaïne, est facile, comme je l'ai démontré à la séance de l'Académie de Médecine de Turin, le 11 décembre dernier, car on y parvient ordinairement dès les premiers essais; par sa présence le malade, en dehors de toute douleur, n'éprouve que la sensation d'un corps étranger; la phonation et la déglutition sont abolies; les cordes vocales vraies se contractent énergiquement et restent écartées, et l'épiglotte rabattu en avant. La déglutition ne pouvant avoir lieu, la salive, qui coulant dans le pharynx, s'accumule dans les sinus pyriformes, au bout de 3, 4 ou 5 minutes se déverse dans l'intérieur du larynx et de la trachée, produisant des accès de toux très gênants. Quoique cet inconvénient ne soit pas de nature à entraver des opérations qui s'accomplissent en l'espace de quelques minutes, il convient cependant de le prévenir, soit par l'extraction de la salive, avec des pinces garnies de ouate; soit par une injection d'atropine qui en empêche la sécrétion.

J'ai déjà appliqué mon spéculum dans quelques cas, et je dois déclarer qu'il a toujours répondu à mon attente. Je rappellerai, entre autres, un papillome d'une corde vocale, et un papillome sous-glottique. Dans le premier cas il s'agissait d'une malade qui n'avait jamais été habituée aux examens laryngoscopiques, elle fut débarrassée de sa tumeur, en deux séances, chez le deuxième malade, accoutumé au laryngoscope, j'ai pu assez facilement cautériser la tumeur sous-glottique par la galvanocaustique.

Je pense que, si l'on veut profiter de cette méthode de dilatation mécanique de la glotte, pour les opérations pratiquées dans l'intérieur du larynx et de la trachée, il faudra autant que possible se servir soit du cautère, soit de l'anse galvanique, afin d'éviter la pénétration du sang dans la trachée ou dans les bronches.

Je ne pense pas que mon spéculum ait atteint tout son perfectionnement, je suis même déjà avisé à des améliorations qui en rendent l'introduction plus facile, et dont je me réserve de rendre compte après une plus longue expérience.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

Le sinus sphénoïdal comme voie d'infection intra-cranienne et orbitaire, par le Dr H. Kaplan. (*Thèse de doctorat. Paris*, décembre 1891.)

Le rôle des fosses nasales et de leurs sinus, comme voie d'infection intra-cranienne, est peu connu en France; on a étudié seulement la migration des agents pathogènes, hôtes habituels du nez (Netter), à travers la lame criblée de l'ethnoïde, ou par une perforation de la paroi postérieure des sinus frontaux. Mais ces chemins ne sont pas les seuls par lesquels ils peuvent gagner le cerveau. Les sinus sphénoïdaux sont, plus souvent qu'on ne le croit, capables de produire des accidents cérébraux : ce sont là des faits que les travaux de Weichselbaum, de Berger, de Schæffer (de Brême), n'ont pas encore suffisamment vulgarisés.

Or, il existe des observations donnant une démonstration réelle d'empyèmes sphénoïdaux ayant amené à leur suite de la méningo-encéphalite ou de la thrombose des sinus caverneux ou encore des phlegmons de l'orbite. La nécrose de la paroi supérieure des sinus n'est pas nécessaire à ces propagations ; elles peuvent se faire par voies sanguines ou lymphatiques ; elles sont surtout facilitées par des débris osseux (absence de tissu osseux) dont Zuckerkandl a démontré l'existence, relativement peu rare, dans la paroi supérieure des sinus sphénoïdaux, établissant ainsi une communication immédiate entre les fosses nasales et la cavité cranienne.

Il importe de savoir faire un diagnostic précoce des suppurations sphénoïdales pour prévenir les complications cérébrales qu'elles peuvent entraîner. Une céphalalgie violente, surtout localisée à la partie moyenne de la tête, de la raideur de la nuque; puis, objectivement, un écoulement de pus fétide se faisant le long du naso-pharynx, surtout quand le malade penche la tête en bas, la présence de croûtes purulentes sur la queue du cornet supérieur, l'existence d'un bourrelet muqueux allant du côté malade jusqu'à la fossette de Rosenmuller, et, par dessus tout, le cathétérisme du sinus sphénoïdal suivant les règles tracées par Schæffer, tels sont les signes utilisés par le dia-

Digitized by Google

gnostic. Plus tard, l'envahissement des méninges se traduira par ces signes objectifs : une amaurose unilatérale, des paralysies oculo-motrices, l'exophthalmie ou tout au moins une tuméfaction érysipélateuse des paupières et de la racine du nez indiqueront la thrombose consécutive du sinus caverneux.

Le traitement consiste à trépaner, cureter et panser les sinus sphénoïdaux suivant la méthode qui a donné d'excellents résultats entre les mains de Schæffer. M. L.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Replis de la muqueuse dans la caisse du tympan à l'état normal ; leur importance clinique, par le Dr Clarence Blake, de Boston. (*Arch. of Otology*, n° 4, 1890.)

L'auteur a repris l'étude des bandelettes, brides et replis que l'on trouve dans l'oreille normale et accepte la classification de ces brides, au point de vue de leur siège, en trois groupes. Le premier comprend les brides horizontales sur lesquelles tous les auteurs ont insisté comme gênant beaucoup le drainage de la cavité de l'attique. Le second est celui des replis verticaux ou irréguliers qui sont situés autour de l'étrier et de la fenêtre ronde et qui gênent si facilement leur jeu normal. Enfin le troisième comprend les replis et les stries que l'on trouve au voisinage de l'antre mastoïdien. Les deux premiers, dont il décrit en détail deux exemples, sont très communs et se rencontrent dans 70 0/0 des oreilles moyennes humaines.

En dehors de la gêne que les replis de la première catégorie apportent à l'écoulement du pus, il faut noter aussi qu'étant composés de deux feuillets muqueux adossés ils sont très vasculaires : c'est ce qui explique la facile congestion de l'attique et l'abondance des écoulements qui y prennent naissance. Au contraire, les stries et les replis de la troisième catégorie ont un rôle utile en fermant l'antre mastoïdien dès que la muqueuse de la caisse se gonfle, s'irrite et suppure.

Les plus importants sont ceux de la deuxième catégorie, et il ne faut pas perdre de vue la résistance qu'ils peuvent offrir

Digitized by Google

dans l'opération de Kessel. De plus, l'auteur se demande si l'ablation du tympan, du marteau et de l'enclume pour mobiliser l'étrier est une opération justifiée, puisque les replis muqueux qui environnent l'étrier suffisent à immobiliser cet osselet. D'après lui, lorsque la chose est possible, il vaudrait mieux, après avoir fait une ouverture assez large au tympan, sectionner l'articulation incudo-stapédale et détruire les brides au niveau des fenêtres ovale et ronde.

Le même numéro contient un assez long mémoire de M. W. Bryant sur la *Topographie de la caisse du tympan chez l'homme à l'état normal*; c'est un travail fait sous l'inspiration du Dr C. Blake et qui confirme ses idées. Il est accompagné d'une belle planche en couleur représentant des brides dans 15 cas sur des oreilles normales. M. LS.

Examen anatomique de l'oreille gauche chez un homme mort de méningite, par le prof. Steinbrugge, de Giessen. (*Arch. of Otology*, n° 4, 1890.)

Steinbrügge rapporte l'histoire d'un homme qui succomba à une deuxième atteinte de méningite cérébro-spinale et qui, deux ans auparavant, avait déjà eu de la méningo-encéphalite par fracture du crâne (chute d'un lieu élevé). On avait noté la surdité gauche, l'absence de conduction osseuse à gauche (Rinne) des deux côtés, bourdonnements, pas de vertiges, etc.

A l'examen anatomique on ne trouve rien de bien notable dans l'appareil conducteur des sons. Le nerf acoustique est entouré de pus récent, et à son entrée dans le modiolus il présente une perte de substance dans son tronc principal; celle-ci est comblée par les cellules de pus. Les fibres nerveuses ne réapparaissent, toujours entourées de pus, que dans le modiolus; elles sont intactes dans la lame spirale osseuse. Les cellules ganglionnaires du canal de Rosenthal sont également préservées. Pus autour du nerf vestibulaire ainsi qu'autour du nerf facial juqu'au ganglion géniculé.

Pas de grosse altération dans le limaçon; traces d'inflammation remontant à la première atteinte; présence de globules du pus le long de la crête spirale et sur le côté tympanique de la membrane de Reissner qui marquent l'invasion la plus récente. La membrane de Reissner dans le deuxième tour de spire est épaissie, adhérente à la crête et à la membrane de Corti, remplie d'un pigment jaune. Pas de pus dans l'aqueduc du limaçon, pas de destruction de l'organe de Corti.

Digitized by Google

Le saccule est légèrement atteint (épithélium indistinct, parois affaissées, endolymphe coagulée); pas d'altération dans l'utricule, ni dans les ampoules, ni dans les canaux semi-circulaires.

M. LS.

Larves vivantes dans l'oreille, par M. BAXTER. (*Arch. of Otology*, n° 1, 1891.)

Un fermier de 32 ans, étant à faucher, sent une mouche entrer dans son oreille droite : il la retire en l'écrasant avec un fétu de paille. Deux jours après, hémorragies et douleurs violentes. Le malade arrive presque fou parce qu'en venant rendre visite au médecin, *trois vers blancs* sont tombés de l'oreille et qu'il croit avoir la tête pleine de vers.

Il est facile de voir des larves s'agiter dans le conduit et il est non moins facile de les faire sortir, au nombre de *douze*, par un simple lavage. Le conduit était très rouge, ulcéré, le tympan intact, et le malade guérit rapidement.

Ces larves avaient 6 millimètres de long et 2 millimètres de large, mais leur espèce n'a pas été déterminée. M. LS.

Carie étendue et cholestéatome de l'apophyse mastoïde. Thrombose du sinus latéral et méningite, par le Dr H. FRIEDENWALD, de Baltimore. (*Arch. of Otology*, n° 1, 1891.)

Dans ce cas, le malade, qui était porteur de polypes de l'oreille, fut trépané avec l'idée qu'on trouverait un abcès dans le lobe temporal. Ce qui fait l'intérêt du cas, c'est que, malgré des lésions étendues de l'apophyse, on ne constatait absolument aucun signe de ce côté, ni gonflement ni rougeur inflammatoire, mais seulement un point douloureux. M. LS.

Coup sur l'oreille suivi de mort en moins d'une semaine, par le Dr TH. HEIMAN, de Varsovie. (*Arch. of Otology*, n° 1, 1891.)

Un soldat qui se sentait faible et mal en train depuis quelques jours est envoyé à la manœuvre avec ses camarades. Comme il refusait de manœuvrer, il fut frappé par un officier d'un coup sur l'oreille gauche, qui causa du vertige et une hémorragie. Bien que le malade ne souffrît pas de cette oreille, il s'en écoulait de temps à autre un peu de pus.

Vu peu après à l'hôpital, le malade était apathique, sans autre symptôme qu'un peu de vertige et de nausées quand on le faisait marcher. Le pouls à 120 et la température à 40°. Ecoulement purulent rougeâtre par l'oreille gauche, qui n'entend la

Digitized by Google

montre qu'au contact, etc. Les jours suivants, on constate des symptômes démontrant une atteinte du système nerveux (perte de connaissance, paralysie de l'abducteur de l'œil gauche, ptosis, inégalité pupillaire, évacuations involontaires des matières, délire) et une infection générale (pus dans l'articulation du poignet gauche, jaunisse, langue sale et sèche, température se maintenant au-dessus de 40°, pouls de 100 à 124). Le malade succombe cinq jours après avoir reçu le coup sur l'oreille.

A l'autopsie on trouve une pachyméningite interne purulente diffuse, des hémorragies punctiformes sous-arachnoïdiennes, de méningite basilaire circonscrite, un thrombus jaune dans le sinus longitudinal supérieur, des caillots dans le sinus transverse et la veine jugulaire interne. Trois petites ouvertures à la surface interne de la pyramide du rocher conduisant dans la cavité du tympan. Sur une section de l'os, épaisissement marqué au niveau de la portion mastoïdienne avec petits points ramollis contenant du pus. Dans le tympan et les cellules mastoïdiennes on trouve du pus en abondance : les cellules mastoïdiennes sont en partie détruites et forment des cavités purulentes étendues. De plus, il y a des ulcérations et des granulations dans la caisse.

L'auteur, après avoir bien montré les difficultés du diagnostic au début, car on put penser à une fièvre typhoïde, discute ensuite l'importance médico-légale de ce cas. L'officier aurait pu être poursuivi, alors qu'en réalité le coup porté ne semble qu'avoir hâté la marche d'une complication en voie d'évolution, qui s'était elle-même développée sur une très ancienne et très grave affection de l'oreille. M. LS.

Des excroissances osseuses du conduit et de leur traitement, par le Dr U. Pritchard, de Londres. (*Arch. of Otology*, n° 1, 1891.)

L'auteur accepte la division primitive en *hyperostoses* et en *exostoses* proprement dites.

Les hyperostoses sont constituées par une augmentation diffuse des tissus osseux, qui s'accroît lentement et qui ne s'arrête qu'après avoir complètement rempli le conduit, ce qui amène souvent des douleurs par pression : leur masse est moins dense que le tissu compact des os.

Les exostoses comprennent : 1° des exostoses multiples, uniformément lisses et arrondies, d'aspect pâle et brillant, d'une densité plus considérable que l'ivoire. Elles se développent

Digitized by Google

sous une influence rhumatismale ou goutteuse, ont une marche très lente et n'obstruent que fort rarement le conduit; 2° des exostoses multiples, de volume irrégulier, de couleur rose pâle, à base élargie, d'une densité considérable. Elles se rencontrent fréquemment comme une complication des otorrhées anciennes; 3° des exostoses polypiformes à noyau dur comme l'ivoire d'où partent les trabécules osseuses; le pédicule est osseux.

Les hyperostoses et les exostoses des deux premiers groupes demandent une opération lorsqu'elles menacent de fermer le conduit ou qu'il y a derrière elles une suppuration qui peut s'accompagner de carie osseuse. Les exostoses de la troisième série sont toujours enlevées à cause de la facilité de l'opération.

M. U. Pritchard passe en revue les diverses méthodes opératoires. Bien que le marteau et le ciseau donnent de bons résultats, il leur préfère la fraise des dentistes; il recommande de se servir d'abord d'une très petite fraise pour attaquer le sommet, puis d'une plus large pour agrandir le trou formé. Toutefois la fraise peut glisser et il aime encore mieux se servir d'une très petite tréphine, comme celle dont se servent les dentistes. M. LS.

Beitrag zur Aetiologie der Katarrhalischen Ohrenentzündungen Bakteriologische Beobachtungen (Contribution à l'étiologie des otites catarrhales), par A. MAGGIORA et G. GRADENIGO. (*Centralblatt f. Bakteriol u. Parasitenkunde*, n° 19, 1891.)

Vingt observations avec examen bactériologique de la muqueuse du naso-pharynx, de la trompe d'Eustache, de la caisse du tympan. Les auteurs ont constamment trouvé un grand nombre de microorganismes divers et avant tout le staphylococcus albus et aureus. Dans quatre cas on n'a trouvé que des saprophytes, mais l'un de ces cas ne présentait guère que des traces d'une otite antérieure ; dans les trois autres il serait plus sage de supposer que les microbes pathogènes se trouvaient en petit nombre et non point absents ; car un traumatisme suffit dans des cas de ce genre pour provoquer une inflammation aiguë et il s'agit là de brûlures, non d'infections nouvelles.

M. N. W.

Ein neuer Stimmgabelversuch (Une nouvelle épreuve au diapason. Contribution au diagnostic différentiel des affections

Digitized by Google

de l'appareil conducteur du son et de l'appareil nerveux de l'ouïe), par le Dr Albert Bing, de Vienne. (*Wiener Med. Blaetter,* n° 41, 1891.)

Un diapason d'intensité et de tonalité moyennes est mis en contact avec la ligne médiane du crâne ou avec une apophyse mastoïde ; aussitôt le son éteint on bouche avec le doigt l'un des conduits auditifs le son est perçu à nouveau et pendant un certain temps, telle est la nouvelle épreuve aussi sûre pour l'oreille normale que celles de Weber et de Rinne. Le fait s'explique par la théorie de Mach ; les ondes sonores s'écoulent en partie par le conduit auditif, libre, mais elles sont réfléchies par l'obstacle et viennent alors renforcer les vibrations au point de les rendre à nouveau perceptibles. La diminution ou la disparition de la *perception secondaire* indiqueront un obstacle dans l'appareil conducteur dans l'oreille moyenne, par exemple, surtout lorsque la *perception primaire* est normale ou prolongée.

L'épreuve est plus fine, plus sensible que celle de Rinne, mais pas plus que pour cette dernière le résultat positif n'est une garantie de l'intégrité du nerf ni de l'absence d'un obstacle à la conduction du son. M. N. W.

Zur Analyse des Weber'schen Versuches (Étude analytique de l'épreuve de Weber), par le Dr Albert Bing, privat docent, à Vienne. (*Wiener Med. Presse*, n° 8 et 10, 1891.)

L'épreuve de Weber a été souvent discutée au point de vue de sa valeur diagnostique dans les cas où le résultat est positif pour l'oreille la moins malade. Quand l'épreuve est typique, c'est-à-dire la conductibilité cranienne plus intense pour l'oreille dont l'ouïe est affaiblie, on est en droit d'en conclure que cette oreille est atteinte de sclérose (théorie de Mach), mais il ne faut pas aller plus loin et affirmer que l'oreille moyenne ou plutôt l'appareil conducteur soit malade à l'exclusion du nerf auditif. En effet l'affaiblissement du nerf acoustique peut être corrigé et masqué par la sclérose moyenne bilatérale accompagnée d'une affection d'un seul nerf auditif, l'épreuve de Weber sera nécessairement positive pour l'oreille la moins atteinte ; loin d'être paradoxale et inexplicable l'épreuve de Weber indique alors l'état du nerf du côté opposé.

L'auteur cite une observation à l'appui de son interprétation.

M. N. W.

Recherches sur l'étiologie de la tuberculose laryngée, par

Digitized by Google

EUGEN FRAENKEL. (*Virchow's Archiv*, Band CXXI, Heft 3, p. 523.)

Fraenkel a examiné 16 larynx tuberculeux. Après avoir enlevé avec soin le mucus, il examina ses lamelles, la sécrétion des ulcérations, cultiva le bacille et étudia histologiquement et bactériologiquement la muqueuse sur des coupes.

De ces recherches considérables, Fränkel constate que les lésions tuberculeuses du larynx résultent de la pénétration *par la surface* des bacilles tuberculeux dans la muqueuse laryngée. L'infection par la voie sanguine et lymphatique existe, mais elle est l'exception. Les bacilles peuvent pénétrer à travers l'épithélium, même intact, et arriver dans les couches profondes. Dans la plupart des cas, il faut faire une part aux infections mixtes. Parmi les microbes associés au bacille tuberculeux on trouve surtout des staphylocoques et des streptocoques, mais ce sont les bacilles tuberculeux qui jouent le rôle principal dans la production de l'extension des lésions du larynx. Les bacilles tuberculeux existent toujours déjà dans les couches profondes lorsque les autres bactéries se multiplient au niveau des ulcérations. Il ne semble pas y avoir de rapport précis entre le nombre de bacilles et la gravité des lésions, on peut seulement dire en général, comme pour les autres tissus d'ailleurs, que les bacilles sont d'autant moins nombreux que les cellules géantes sont plus abondantes.

Au niveau des ulcérations aphteuses ou lenticulaires on trouve aussi régulièrement des bacilles tuberculeux. En un mot, toutes les lesions du larynx chez les phtisiques relèvent du bacille tuberculeux. Ce n'est que dans un nombre très restreint de cas que l'on ne trouve pas de lésions laryngées spécifiques chez les phtisiques et alors des lésions qu'il faut placer à côté des nécroses épithéliales qu'on observe dans la fièvre typhoïde.

Ces lacunes pathogéniques légitiment la thérapeutique laryngée directe locale, surtout au début. Mais nous sera-t-il permis de faire remarquer qu'elles viennent confirmer *point par point* tout ce que nous avons affirmé, il y a quelques années déjà, dans notre livre de la *Phtisie laryngée*, écrit avec notre maître M. le Dr Gouguenheim. P. TISSIER.

Traitement local de la phtisie laryngée, par J. SCHEINMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 47, 24 novembre 1890.)

La phtisie laryngée n'est plus un *noli tangere*. Le nombre

Digitized by Google

des guérisons spontanées est fort petit, si on le compare aux faits de guérison par le traitement, même dans les cas graves. La guérison est surtout l'œuvre du traitement local.

L'existence de lésions pulmonaires n'est pas une contre-indication.

Le larynx doit être surveillé avec soin. L'anémie locale, la parésie des adducteurs, isolées ou accompagnées de catarrhe sont heureusement influencées par le *massage* du larynx, seul ou associé aux *astringents* (Tannin). L'irritation produite par la toux et le contact permanent des crachats cède souvent à l'emploi de la *créosote* à l'intérieur, qui calme la toux et modère l'expectoration. A utiliser aussi en pareil cas les inhalations de *menthol*, de *crésol*. Le crésol ainsi prescrit agit sur le larynx et la trachée, désinfecte les crachats et rend la respiration plus facile. Ces inhalations agissent surtout dans les formes précoces ou initiales de la phtisie laryngée et peuvent même amener une guérison définitive.

Lorsqu'il y a infiltration et ulcération, il est impossible, dit l'auteur, de tout voir, de tout atteindre. Il n'y a que les inhalations qui peuvent remplir le but cherché, porter les médicaments modificateurs sur tous les points malades, et cela d'une façon continue. Il est cependant parfois nécessaire d'y associer le traitement chirurgical.

Après avoir essayé l'acide phénique préconisé par M. Schmidt, le baume du Pérou, employé par Schnitzler, il donne la préférence au menthol et au crésol. Inhalations de menthol à 20-30 0/0, deux heures par jour, pendant des mois. On peut aussi se servir sans inconvénient de menthol pur, dont on sait le pouvoir désinfectant.

C'est Fraenkel qui a introduit le crésol en laryngologie. Il s'emploie en irrigations en solutions à 1-2 0/0, que l'on ordonne deux ou trois fois par jour. L'action sur les ulcérations laryngées est très marquée, et en combinant les inhalations de menthol et de crésol, avec les irrigations, on obtient la rétrocession des infiltrations et la cicatrisation des ulcérations.

Quelquefois cependant le résultat est nul (infiltrations très étendues, tumeurs tuberculeuses, périchondrite, etc.) Il faut alors recourir, avec mesure, au traitement chirurgical.

Il faut s'adresser à l'*électrolyse*, qui a une action curative sur les infiltrations, et n'est pas douloureuse. Elle mérite d'être employée souvent, car c'est une des meilleures méthodes.

Lorsque l'électrolyse échoue, on a recours aux attouchements

Digitized by Google

vigoureux. L'acide lactique est souvent très douloureux, le baume du Pérou échoue souvent, l'acide phénique agit bien et sans douleurs, mais la *pyoctanine* est ici le médicament de choix. La modification des ulcérations est immédiate et la guérison totale assez fréquente au bout de quelque temps.

Elle est sans inconvénient, elle ne produit que peu de réaction locale.

A côté de la pyoctanine violette, il faut placer le crésol. Ce sont les deux moyens les plus actifs et les moins pénibles.

Ce n'est qu'en cas d'infiltrations énormes, de tumeurs, qu'il faut recourir au curettage. P. TISSIER.

Ulcérations tuberculeuses du larynx, par LANGERHANS. (*Gesellschaft der-Charité-Aerzte zu Berlin*, séance du 4 décembre 1890.)

Langerhans présente un larynx sur lequel on voit trois petites ulcérations. L'une siège au-dessous de la corde vocale gauche, c'est une petite ulcération lenticulaire, à bords renversés, entourée d'une zone de congestion très intense. Les deux autres siègent sur les cordes elles-mêmes; elles sont un peu allongées, leurs bords ne sont pas renversés, mais très plats, leur front est tout à fait lisse, et, par places, il est même assez difficile de délimiter exactement l'ulcération. Ces dernières ulcérations sont manifestement en voie de guérison.

Ces ulcérations s'étaient développées à la suite de l'injection de lymphe de Koch, chez un sujet atteint d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide. P. TISSIER.

Tumeurs tuberculeuses du larynx, par G. AVELLIS. (*Deutsche med. Wochenschrift*, nos 32 et 33, 6 et 13 août 1891.)

L'auteur réunit, dans une introduction historique, tout ce qui a été écrit sur les tumeurs laryngées d'origine tuberculeuse, et rapporte ensuite 13 cas de ce genre qu'il a recueillis à la clinique de Schmidt, à Francfort-sur-Mein.

Avellis n'a en vue que les tumeurs non ulcérées, recouvertes de muqueuse, tantôt dures, tantôt plus molles, qui se présentent le plus souvent sous forme de chou-fleur et qui se distinguent nettement des infiltrations diffuses qu'on rencontre ordinairement dans la phtisie laryngée. Il ne faut pas non plus envisager comme tumeurs tuberculeuses les excroissances papillomateuses et polypoïdes qu'on observe si souvent sur le bord des ulcérations tuberculeuses.

Digitized by Google

Ariza a revendiqué pour lui la priorité de la description des tumeurs tuberculeuses. Mais, 11 ans avant lui, Tobold, en 1866, en avait déjà parlé dans son livre « Sur les affections chroniques du larynx. »

En 1883, M. Gussenbauer rapporte un cas qui démontre combien il est important de penser, dans chaque cas de tumeur laryngée, à une origine tuberculeuse. Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans, atteint d'une tumeur non ulcérée siégeant au niveau d'une des cordes, chez lequel la trachéotomie avait dû être faite d'urgence. On diagnostiqua un carcinome et l'examen microscopique d'un fragment extirpé semblait confirmer ce diagnostic. On fit l'extirpation totale du larynx et, après un nouvel examen microscopique, on diagnostiqua de nouveau un carcinome. Quelques mois après le malade mourut de tuberculose pulmonaire. Un troisième examen histologique plus minutieux fit alors reconnaître qu'on avait eu affaire à un néoplasme tuberculeux avec prolifération considérable des cellules épithéliales.

La tumeur tuberculeuse du larynx semble être une forme précoce de la tuberculose du larynx. L'auteur cite à l'appui de cette assertion les observations de Michel, Fauvel, Schnitzler, Mandl, Schaëffer, Heryng, Gouguenheim et Tissier et d'autres auteurs. Les observations de Mandl, Dehio, Gouguenheim et Tissier prouveraient même que les tumeurs tuberculeuses s'observent surtout dans la phtisie laryngée primitive.

Dans la plupart des cas, le diagnostic de tumeur tuberculeuse ne put être fait qu'après l'opération ou après la mort des malades et cela explique pourquoi on a eu recours si rarement à l'extirpation endo-laryngée de ces néoplasmes.

L'auteur ajoute aux 24 cas de tumeur tuberculeuse, qu'il a recueillis dans la bibliographie, les 13 cas que Schmidt a observés dans les cinq dernières années de sa pratique.

Ces 13 cas sont rapportés en détail. Le diagnostic microscopique a toujours été fait par le professeur Weigert.

Le plus souvent les tumeurs sortaient du ventricule de Morgagni ou siégeaient au-dessous de la commissure antérieure des cordes vocales ou sur la paroi postérieure du larynx, plus rarement sur les bandes ventriculaires et sur les cordes. Leur ablation endo-laryngée donnait, dans la plupart des cas, un résultat satisfaisant; chez quelques-uns des malades, on obtenait même une guérison complète.

D'après l'auteur, il s'agit là d'une affection plus fréquente

Digitized by Google

qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent, aussi conseille-t-il, avec Schmidt, de faire examiner au point de vue de la tuberculose tous les néoplasmes tant soit peu suspects.

En terminant, l'auteur rapporte encore deux cas de tumeur tuberculeuse du larynx dans lesquels la tuberculine de Koch, n'a donné aucun résultat. Il en était de même des injections de cantharidose qu'on avait essayées chez l'un de ces malades.

LICHTWITZ.

Zur Cystenbildung in Stimmbandpolypen (De la formation de kystes dans les polypes des cordes vocales), par le professeur O. CHIARI. (Mémoire lu au Congrès des Médecins et Naturalistes allemands, Halle s/S., septembre 1891.)

Les kystes se développent dans les fibromes au dépens soit des fentes lympathiques, soit des mailles du tissu cellulaire; quelquefois il se fait des vésicules sous l'épithelium ou dans son épaisseur, en tout cas il s'agit d'une transsudation de serum et non point d'une extasie glandulaire, ainsi que cela avait été supposé.

L'auteur présente à l'appui de cette thèse des préparations, des dessins et des microphotographies et confirme ainsi la théorie pathogénique de Wedl, Eppinger, Schrötter, etc. M. N. W.

Cas de papillomes multiples du larynx chez l'enfant, par A. BORNEMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, 1891, p. 529.)

L'auteur rapporte quatre cas de papillomes du larynx chez l'enfant, observés à la clinique de B. Fraenkel.

Le premier cas concerne une petite fille de 4 ans 1/2 amenée à la clinique en 1888, après trachéotomie pour cause de sténose laryngée. Ici, en s'aidant avec le doigt, on enleva par voie endolaryngée plusieurs papillomes. Mais, voyant qu'on ne pouvait pas réussir à enlever les papillomes radicalement, on l'envoya à la clinique chirurgicale où on pratiqua le laryngofissure et on enleva les papillomes après plusieurs opérations.

Actuellement la petite fille ne semble pas avoir des récidives (un examen au laryngoscope n'a cependant pas pu être fait), elle est presque aphone, ce n'est que quand on ferme la fistule trachéale que l'enfant parle d'une voix rauque qui se transforme vite en voix de fausset.

Le second cas concerne un garçon de 14 mois, chez lequel on pratiqua la trachéotomie suivie de laryngofissure pour combattre la dyspnée et l'aphonie qui s'étaient développées peu à peu.

Digitized by Google

L'hémorrhagie empêcha de voir si on avait enlevé tous les papillomes. Mort de diphtérie deux mois après l'opération. A l'autopsie on trouva le larynx rempli des papillomes qui avaient récidivé.

Chez le troisième malade, âgé de 6 ans, très docile, on enleva les papillomes par voie endolaryngée avec une pince construite *ad hoc*. Il ne resta qu'un petit papillome qui semble implanté à la surface inférieure de la corde vocale gauche. L'enfant parle à voix claire.

Le quatrième malade est encore en traitement. D'abord traité et amélioré par voie endolaryngée, il fut perdu de vue et ne revint qu'après avoir été opéré par la laryngofissure.

Bien qu'on eût enlevé tous les papillomes et cautérisé au thermocautère leur base d'implantation, les néoplasmes avaient récidivé. On traite maintenant l'enfant par voie endolaryngée.

Se basant sur ces quatre observations, l'auteur discute le mode de traitement des papillomes chez l'enfant. Tout dépend de la tendance qu'ont les papillomes à se développer plus ou moins vite. L'âge de l'enfant est aussi d'une grande importance.

Si les papillomes restent stationnaires et qu'ils ne gênent pas la respiration, on ne doit pas opérer surtout quand les papillomes sont de date récente, car d'après l'auteur, les cas récents semblent après l'ablation récidiver plus souvent que les cas anciens. On dirait que le larynx perd à la longue la faculté de reproduire des néoplasmes.

Dans les cas où on est obligé d'intervenir, il faut donner la préférence à la méthode endolaryngée qui offre de grands avantages sur la laryngofissure. Cette dernière doit être réservée pour les petits enfants peu dociles quand il y a péril en la demeure et, même dans ces cas, on pourrait parfois se contenter de la simple trachéotomie pour faire plus tard l'ablation des néoplasmes par la voie naturelle.

A la fin de son travail, l'auteur dit encore quelques mots de l'intubation dans les papillomes. Il ne croit pas que le tubage ait une action curative. Les deux cas rapportés par Ranke, en 1889, au Congrès des naturalistes allemands, ne parlent pas en faveur du tubage.

En effet, dans l'un des cas on trouva à l'autopsie des papillomes où le tube et la canule trachéale avaient reposé sur la muqueuse et dans l'autre cas, d'après une communication que Ranke a faite à l'auteur, on a été obligé d'opérer le malade ultérieurement par voie endolaryngée. LICHTWITZ.

Digitized by Google

Tumeur siégeant au-dessous de la corde vocale inférieure gauche. Laryngotomie partielle, périchondrite consécutive, guérison, par Koehler. (*Berliner Klin. Woch.*, n° 53, p. 1200, 1890.

Un jeune homme de 28 ans, syphilitique, souffrant de gêne respiratoire très marquée, traité inutilement pour des lésions (polypes, hypertrophie muqueuse) nasales quelque temps auparavant, fut laryngotomisé pour une tumeur de la corde vocale gauche. Quelques jours après l'intervention se montra une *périchondrite aiguë* qui évolua vers la guérison.

La convalescence fut cependant marquée par un second incident. A la région antérieure de la trachée, au niveau de la cicatrice consécutive à la trachéotomie, apparurent des végétations assez nombreuses, et plus tard une tumeur rouge bleuâtre, largement implantée au niveau du premier anneau de la trachée, que Landgraf opéra avec succès par la voie endolaryngée.

En résumé, la laryngotomie a donné lieu à deux accidents relativement graves : périchondrite et végétations sur la cicatrice résultant de la trachéotomie préalable. L'intervention endolaryngée reste donc, toutes les fois qu'elle est possible, la méthode de choix. P. TISSIER.

Un cas de pachydermie diffuse du larynx, par Wolff. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, 1891.)

Le malade âgé de 43 ans, se plaignait de ressentir quelque chose qui lui grattait le gorge, du côté droit. Il a fumé beaucoup autrefois. Pas de syphilis.

Au laryngoscope on trouve au-dessus de l'extrémité postérieure de la corde vocale un gonflement ovale de la grosseur d'un pépin de pomme et au même endroit de la corde vocale gauche, il existait une grosseur analogue pourvue d'une petite fossette dans laquelle venait se loger la tumeur de la corde vocale droite au moment de la phonation.

L'iodure de potassium diminuait les sensations subjectives du malade.

L'auteur s'est abstenu de toute intervention endolaryngée. Il craint encore, malgré les recherches collectives de Semon sur ce sujet, que des tumeurs bénignes ne puissent se transformer en tumeurs malignes sous l'influence d'opérations endolaryngées. L. L.

Laryngitis hémorrhagica, par Treitel. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, juin 1891, p. 168.)

Treitel donne le nom de laryngite hémorrhagique à une laryn-

Digitized by Google

gite accompagnée d'hémorrhagies ou d'infiltrations sanguines de la muqueuse sans que les accidents pussent s'expliquer, soit mécaniquement par la violence de la toux et des efforts de vomissements, soit anatomiquement par une ulcération ou une lésion de la muqueuse. Cette affection est rare. Il en rapporte une observation personnelle, remarquable surtout par les accès de dyspnée que provoquaient les caillots mêmes très petits. Le traitement consista en inhalation d'une solution glycérinée de chlorure de sodium, insufflation de tannin, badigeonnages avec solution de nitrate d'argent à un pour vingt, morphine contre la toux. La dyspnée peut être assez intense pour qu'on songe à la trachéotomie ou mieux à l'intubation. D'ordinaire pourtant l'accès se termine spontanément par l'expulsion d'un caillot. Treitel pense que la pathogénie doit s'expliquer plutôt par une altération du sang que par une altération des vaisseaux. Sur six cas réunis par Strubing, trois avaient été observés chez des femmes pendant ou immédiatement après une grossesse. Dans le cas personnel de Treitel les hémorrhagies étaient survenues au moment des règles. Il serait intéressant de rechercher si les affections accompagnées de modifications du sang ne déterminent jamais ces manisfestations hémorrhagiques du côté du larynx

A.-F. P.

Paralysie de la glotte et ictère, par F. Kapper. (*Wien. méd. Presse*, juillet 1891, n° 27, in *Mercredi Médical*, 29 août 1891.)

Cette circonstance est rare, deux faits avaient été signalés par Gerhardt qui tend à les classer comme symptômes infectieux à rapprocher de la maladie de Weil. L'auteur rapporte deux faits d'ictère avec paralysie des deux cordes vocales. La guérison fut assez prompte; la pathogénie est obscure et encore inexplicable.

A. G.

Influence de la trachéotomie sur les affections du larynx, par A. Kuttner. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 35, 31 août 1891.)

Après les communications de Krause et de Heryng sur l'emploi de la curette et de l'acide lactique, la trachéotomie, pratiquée dans le but de guérir la phtisie laryngée, recommandée par Bryant, par Robinson (les auteurs français n'existent plus depuis le traité de Francfort), a perdu de plus en plus la faveur des praticiens. La dernière lance rompue en sa faveur en 1876, par M. Schmidt, est restée sans grand écho.

Digitized by Google

Kuttner rapporte une observation où la trachéotomie, après l'échec du curettement, de l'acide lactique, du menthol, de l'électrolyse, de la galvanocaustie, fut pratiquée en raison d'une dyspnée menaçante, résultat des progrès de la lésion. L'état général, assez mauvais, se releva rapidement, et les lésions laryngées se cicatrisèrent.

Bien que l'auteur fasse une réserve au point de vue du diagnostic et n'élimine pas absolument l'hypothèse de syphilis, il n'en reste pas moins l'action favorable évidente de la trachéotomie sur les lésions laryngées. PAUL TISSIER.

Contribution à l'étude de l'anatomie et de la physiologie du larynx, par Wolff. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13, 22 octobre 1891.)

Il s'agit d'un cas de luxation probable de l'articulation cricothyroïdienne existant sans symptômes inquiétants depuis des années. Le malade se rappelle que dans une rixe il s'est produit un bruit de craquement au niveau de son larynx qu'on lui avait serré fortement. Ce bruit se renouvelle depuis lors toutes les fois que le malade penche la tête, et il cesse dès qu'on essaye de comprimer le cartilage thyroïde.

L'auteur a constaté localement une mobilité exagérée entre le cartilage thyroïde et le cartilage cricoïde. L. L.

Innervation du larynx, par Onodi. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, juillet 1891.)

Voici les conclusions les plus importantes des expériences faites par Onodi.

1° Les muscles directs des cordes vocales sont innervés par le récurrent.

2° Entre le laryngé supérieur et le laryngé inférieur, on trouve souvent chez l'homme des anastomoses, d'où partent des filets se distribuant aux divers points de la muqueuse. Ces filets sensitifs s'entre-croisent sur la ligne médiane. L'innervation sensitive est donc bilatérale.

3° Chez le chien, on trouve entre les faisceaux anatomopathologiques qui unissent le plexus brachial et le grand sympathique, et entre ceux qui unissent le ganglion cervical inférieur et le ganglion thoracique supérieur du grand sympathique, des fibres motrices des muscles du larynx.

4° L'accessoire du spinal ne joue aucun rôle dans l'innervation motrice du larynx. A.-F. P.

Digitized by Google

Recherches sur le nerf laryngé supérieur chez le cheval, par HERMANN-MUNK. (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1 et 2, 1891, p. 175.)

Munk n'a jamais observé de dégénérescence musculaire à la suite de la section du nerf laryngé supérieur chez le cheval; il ne saurait donc admettre les faits (ni la théorie qui en est déduite) invoqués par Exner, qui considère qu'il s'agit d'une atrophie par inaction. La perte de la sensibilité musculaire peut gêner la motilité, mais surtout la motilité volontaire, bien plus rare que l'autre chez le cheval. Il explique les résultats d'Exner en admettant qu'il est tombé sur des chevaux atteints déjà antérieurement de cornage laryngé latent au moment de l'opération.

P. TISSIER.

Dégénérescence des muscles laryngés après la section des nerfs laryngés supérieurs et inférieurs, par FRIED. PINELES. (*Pflüger's Archiv f. die gesammte Physiologie*, Heft 1 et 2, Band XLVIII, p. 17, 1890.)

Exner, après avoir coupé chez un cheval le laryngé supérieur, observa un arrêt immédiat des mouvements de la partie correspondante du larynx. Le cheval fut sacrifié 45 jours après, le larynx durci dans le liquide de Muller, et Pineles en fit l'étude. Il trouva un état spécial, ratatiné, d'un certain nombre de fibres musculaires avec multiplication plus ou moins abondante suivant le point de noyaux musculaires, et présence dans la substance contractile de figures spéciales, d'apparence nucléaire, entourées d'un espace clair; certaines fibres musculaires présentèrent de la tuméfaction. Pas de lésions bien marquées dans le tissu interstitiel. Ces lésions se retrouvaient dans tous les muscles, à l'exception du cricothyroïdien innervé chez le cheval par le premier nerf vésical.

Par comparaison, on sectionna chez un autre cheval le nerf laryngé inférieur; l'animal fut sacrifié au bout de 62 jours et le larynx examiné de même. On trouva ici une atrophie uniforme des plis musculaires avec multiplication de noyaux musculaires; pas de tuméfaction, pas de pseudo-noyaux entourés d'une auréole. Par contre, prolifération interstitielle marquée.

Pineles compare les lésions observées dans le premier cas à celles qu'on voit dans l'atrophie musculaire progressive (Erb).

PAUL TISSIER.

Digitized by Google

La position médiane des cordes vocales dans les paralysies récurrentielles, par R. Wagner. (*Virchow's. Archiv.*, Band CXX, Heft 3.)

Wagner a fait des expériences sous la direction d'Exner, qui a attaché son nom à l'histoire de l'innervation du larynx. Cette question de la situation médiane des cordes pendant les premiers stades de la paralysie des récurrents a suscité de nombreux travaux; Wagner a cherché à en donner de nouvelles explications.

Il sectionna chez le chat le récurrent gauche, sutura la plaie et étudia ensuite le larynx pendant un long laps de temps.

Régulièrement la corde gauche est en adduction immédiatement après l'opération. Cette situation persiste 2 à 4 jours. Au bout de ce temps on voit la corde prendre la position dite cadavérique.

Si l'on coupe les deux nerfs, il en résulte une occlusion de la glotte avec dyspnée et mort dans un certain nombre de cas.

Wagner conclut de ces expériences que la situation médiane des cordes n'est pas produite par les muscles; si l'on coupe immédiatement après le récurrent les nerfs laryngés supérieur et médian, la situation cadavérique des cordes remplace immédiatement la situation médiane chez le chat.

En résumé, la position médiane des cordes, dans les paralysies récurrentielles, résulte uniquement et seulement de l'action du muscle crico-thyroïdien.

Ces recherches ne nous semblent nullement résoudre la question. En admettant que l'interprétation de ces expériences fût inattaquable, et nous ne le pensons pas, cela ne prouverait que pour le chat, et l'on ne serait pas en droit de généraliser à l'homme. Les expériences de Hooper ne nous ont-elles pas appris que l'« ether effect » était absolument l'inverse chez le chat et le chien?

En second lieu, il aurait été désirable que Wagner fît l'expérience inverse : section préalable des laryngés supérieur et médian, et ensuite section du récurrent.

Enfin pourquoi la situation médiane est-elle remplacée au bout de 2 à 4 jours par la situation cadavérique? le muscle crico-thyroïdien non innervé par le récurrent peut-il donc amener seulement pendant 2 à 4 jours la corde en adduction?

Qu'y a-t-il de comparable entre cette adduction passagère et l'adduction permanente des sténoses neuropathiques?

Digitized by Google

Ne pourrait-on supposer que l'adduction des premiers jours est le résultat de l'irritation du nerf sectionné, qui disparaît avec cette irritation?

Si la section des laryngés supérieur et médian supprime l'adduction, ne pourrait-on y voir un effet de la perte de la sensibilité consécutive à la section des nerfs sensitifs, cette perte ayant pour conséquence l'empêchement de l'acte réflexe qui permettrait l'apparition, la contracture temporaire des muscles innervés par le récurrent? P. TISSIER.

Photographie du larynx et de la cavité buccale, par RICHARD WAGNER. (*Berliner Klin. Woch.*, nos 50-51, p. 1152-1180, 1890.)

Czermak avait déjà tenté d'obtenir des épreuves photographiques du larynx. Stein reprit ces expériences, mais ces deux auteurs donnaient comme base à leurs procédés l'autolaryngoscopie. French de Brooklyn (1883), L. Browne et E. Behnke obtinrent des résultats assez satisfaisants.

R. Wagner est arrivé à un procédé simple et avantageux. Il emploie la lampe au magnésium comme source de lumière, et un appareil photographique usuel. La plaque photographique doit se trouver à la place où se trouve l'œil dans l'exploration habituelle du larynx, c'est-à-dire au niveau du trou central du miroir réflecteur. Nous ne pouvons décrire cet appareil en détail, nous nous bornons à indiquer le principe de la méthode.

Wagner donne à l'appui des services que peut rendre son procédé deux photogrammes du larynx assez nets. P. TISSIER.

Un cas de fracture du larynx terminé par guérison, par A. SOKOLOWSKI. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 40, 6 octobre 1890.)

Les fractures du larynx sont rares; signalées par Morgagni, elles ont été depuis observées par Malgaigne, Cavasse, Gurlh, etc. Ce dernier auteur en a réuni 43 cas; son mémoire (1864) a servi de base à tous les auteurs qui se sont occupés depuis de la question. Fischer a réuni les cas publiés de 1864 à 1884 et est arrivé à un total de 75. Depuis lors, Mackenzie, Soyons, Knaggs, Schottog, Lane et Besner ont publié des observations isolées.

Cependant Lane a trouvé relativement très souvent des fractures du larynx et de l'os hyoïde à l'autopsie (9/100 cadavres).

Il en résulte qu'il faut admettre que ces fractures restent le plus souvent latentes. C'est aussi ce qui ressort des recherches de Patenko et de Hoffmann.

Digitized by Google

Deux principaux mécanismes président aux fractures du larynx : la pression bilatérale, rapprochant les lames du thyroïde, qui se fracturent alors longitudinalement souvent sur la ligne médiane et déterminent la fracture simple (médiane) ou double (latérale) du cricoïde; sur l'aplatissement d'avant en arrière de la colonne vertébrale, écartant les lames, d'où fractures diverses souvent communicatives, avec fractures ordinairement doubles du cricoïde, des cornets du thyroïde, et luxation crico-aryténoïdienne et déchirure de la membrane crico-thyroïdienne.

Le cartilage thyroïde est de beaucoup le plus souvent atteint; nous donnons le tableau de Sokolowski *in extenso :*

Cartilage thyroïde	29	cas.
Cartilage cricoïde	11	—
Cartilage cricoïde et thyroïde	9	—
Os hyoïde et cartilage thyroïde	3	—
Os hyoïde, cart. thyroïde et cart. cricoïde	2	—
Os hyoïde, cartilage thyroïde, anneaux de la trachée	1	—
Cartilages thyroïde, cricoïde et trachéaux	3	—
Cartilages thyroïdes et trachéaux	1	—
Cartilages cricoïdes et trachéaux	2	—
Toutes les parties du larynx	14	—
	75	cas.

Les symptômes principaux sont une cyanose rapide avec dyspnée, pouls petit, agitation vive, toux pénible, expectoration spumeuse sanguinolente. Enrouement ou aphonie. Déglutition et phonation douloureuses. Emphysème sous-cutané du cou pouvant se généraliser. Plus tard, suppuration et nécrose des foyers de fracture.

Tout peut se borner à de l'enrouement. La palpation et plus souvent l'inspection peuvent être utiles. L'examen laryngoscopique a été rarement fait. Schrötter a noté une ecchymose de la muqueuse laryngée avec tuméfaction notable. Mackenzie a vu de la rougeur et de la tuméfaction. Dans le cas de Sokolowski, la configuration du larynx était profondément modifiée par suite des déplacements des fragments de la fracture.

Le pronostic est sévère : 56 cas de mort sur 71 de Fischer. Cette gravité existe surtout pour les fractures du corps thyroïde: 28 décès sur 28 cas (Solis-Cohen). P. TISSIER.

De l'intubation du larynx dans les sténoses laryngées d'origine

Digitized by Google

croupale et diphtéritique, par Ph. Pauli. (*Therapeut. Monatsh.*, n° 1, 1891.)

L'auteur a pratiqué à l'hôpital des enfants de Lübeck le tubage chez 11 enfants atteints de sténose laryngée à la suite du croup. Les 11 malades sont morts. Ce résultat défavorable en comparaison de celui qu'il a obtenu par la trachéotomie (sur 188 trachéotomies, il a eu 90 cas, c'est-à-dire 47.93 0/0 de guérisons) a découragé l'auteur et l'a empêché de continuer le tubage.

Il est vrai, dit Pauli, qu'avec la trachéotomie il arrive parfois de tomber sur une série de cas qui se terminent par la mort, surtout quand il s'agit d'une épidémie grave, mais le tubage du larynx a surtout le grave inconvénient de rendre *l'alimentation des enfants* très difficile. De plus, il faut compter dans le tubage avec l'apparition de la pneumonie, de même qu'avec la difficulté du traitement ultérieur qui s'est fait sentir dans la première observation de l'auteur, et enfin avec les ulcérations causées par le séjour des tubes, chose qu'il a constatée dans deux cas, à l'autopsie. Ces ulcérations se sont produites, bien que les tubes ne soient restés en place que 30 heures dans l'un des cas et 48 heures dans l'autre. Widerhofer a observé ces ulcérations 7 fois sur 13 cas.

L'auteur conseille par conséquent de faire la trachéotomie comme par le passé dans les cas de sténose laryngée dyphtéritique, et d'avoir seulement recours à l'intubation quand l'assistance fait défaut ou quand les parents refusent la trachéotomie.

On pourrait encore tenter l'intubation dans les cas bénins où le pharynx présente des lésions et où les tubes peuvent être enlevés temporairement pour l'alimentation de l'enfant.

Le travail contient encore un résumé clair et impartial des avantages et des inconvénients de l'intubation et des résultats obtenus par les autres auteurs qui l'ont expérimentée. Lichtwitz.

Du tubage du larynx dans la diphtérie, par J. Gottfried. (*Therapeut. Monatsh.*, juin 1891, p. 321-335.)

Ce travail contient une description détaillée de la technique de l'intubation, des accidents qui peuvent survenir pendant cette opération et des précautions à prendre après l'introduction des tubes. L'auteur rapporte dans chaque paragraphe les résultats de ses propres expériences basées sur 15 cas, et compare le tubage avec la trachéotomie. Voici les résultats de ces 15 intubations :

Digitized by Google

Chez 7 malades il n'a pratiqué que l'intubation; chez les 8 autres il a été obligé de recourir, après un laps de temps plus ou moins long, à la trachéotomie. Sur les 7 enfants, qui n'ont subi que l'intubation, 5 ont guéri et 2 sont morts; des 8 enfants trachéotomisés après l'intubation, 2 seulement ont guéri et les 6 autres ont succombé.

Ce résultat semble encourageant à l'auteur, et bien que, d'après les statistiques d'autres auteurs, le tubage ne donne pas encore des résultats meilleurs que le trachéotomie, le tubage a sur cette dernière l'avantage de pouvoir être pratiqué plus facilement, plus vite, sans anesthésie et sans assistance expérimentée. D'un autre côté, le tubage exige une surveillance permanente et la nutrition est souvent rendue très difficile. A cause de ces inconvénients, le tubage ne peut encore être employé dans la pratique privée.

A la fin de son travail, l'auteur recommande, avec deux observations à l'appui, l'emploi du tubage dans le traitement ultérieur de la trachéotomie, quand la sténose trachéale, due à différentes causes (granulations des cicatrices, gonflements, perte de l'élasticité de la paroi de la trachée) ou à une fausse position des anneaux cartilagineux divisés, ne permettra pas d'enlever la canule.

Dans ces cas, le tubage combattra la sténose et permettra d'enlever la canule trachéale. LICHTWITZ.

De l'intubation du larynx, par O. SEIFERT. (*Wurzb. physik. med. Gesellschaft*, 1890, in *Therapeut. Monats.*, p. 360, 1891.)

Dans l'un des deux cas rapportés chez un enfant âgé de 1 an 1/2, la mort était due à une pneumonie. La respiration était bonne, sauf quelque temps après l'avalement du tube.

Dans l'autre cas le tubage a été essayé pendant trois jours chez un enfant qui avait subi une laryngo-fissure faite pour des papillomes du larynx. Les parents refusèrent de faire continuer le tubage, et l'enfant porta de nouveau sa canule.

LICHTWITZ.

Le tubage d'O'Dwyer dans la sténose laryngée diphtéritique, par J. SCHWALBE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, 1891, p. 493. Communication faite à la Soc. de médecine de Berlin, le 11 mars 1891.)

Après avoir donné un aperçu historique de la question, dans lequel il attribue la priorité de cette méthode à Bouchut, il décrit

Digitized by Google

en détail la technique opératoire, puis il relate les résultats du tubage pratiqué chez 13 malades, dont 3 doivent être éliminés dans la discussion de la valeur de cette méthode.

Sur les 10 enfants qui restent, un seulement a guéri ; les autres sont morts. Chez l'enfant guéri, il n'est pas même sûr qu'il se soit agit véritablement de la diphtérie. Toujours est-il que, dans ce cas, l'auteur n'aurait pas pratiqué la trachéotomie aussi vite qu'il s'est décidé à faire le tubage. Ce triste résultat a fait abandonner le tubage à l'hôpital Friedrichshain, dans lequel il a pris ses observations.

La mort était due cinq fois à une pneumonie, deux fois à une bronchite purulente, une fois à une bronchite fibrineuse. Chez le neuvième enfant, l'autopsie n'a pas pu être faite, mais les symptômes cliniques feraient reconnaître comme cause de la mort une pneumonie ou bronchite capillaire.

L'auteur croit que les pneumonies lobulaires qu'il a vues chez les malades provenaient de l'obstruction fréquente du tube par les mucosités. Cette obstruction amenait une atelectasie des poumons qui prédisposent les enfants à la pneumonie. Jamais l'auteur n'a vu de pneumonie par aspiration chez ses malades. Cependant pour les nourrir il a été obligé de se servir de la sonde œsophagienne.

L'effet immédiat du tubage est très satisfaisant, mais c'est avec la facilité de son exécution le seul avantage de la méthode. Car quelque temps après l'intubation surviennent les complications. Le tube est bouché par les mucosités et les membranes ou la trachéotomie. Parfois le tube est expectoré, il est vrai souvent avec une grosse membrane. Un autre inconvénient provient de la nécrose due au séjournement du tube. L'auteur l'a observée cinq fois. Tantôt il n'y avait qu'une simple érosion de la muqueuse, tantôt il existait une destruction du cartilage.

Puis il faut encore citer les accidents qui peuvent survenir avec le tubage ; introduction dans l'œsophage, lésion de la muqueuse du pharynx suivie d'infection diphtéritique, impossibilité de l'introduction du tube dans le larynx à cause de l'œdème de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques, et finalement la difficulté de l'extubation. LICHTWITZ.

Contribution à la technique du traitement mécanique des sténoses laryngées, par L. LUBLINER. (*Therapeut. Monatsh,* n° 11, novembre 1891, p. 561.)

Quand on veut employer des sondes ou des bougies pour di-

Digitized by Google

later un larynx sténosé on éprouve souvent une grande difficulté pour trouver par en haut la lumière du canal rétréci qui est parfois oblique ou courbe. Dans ces cas, l'auteur recommande un procédé déjà indiqué par Catt, mais peu connu, qui consiste à faire le cathétérisme rétrograde du larynx. On élève à cet effet le canule trachéale, on cocaïnise la trachée et on introduit dans la partie supérieure de la trachée une sonde en étain de 5 à 8 millimètres d'épaisseur ayant la courbure d'une sonde uréthrale pour homme. Dans la plupart des cas, on réussit sans difficulté à franchir la partie rétrécie et la sonde apparaît dans la cavité buccale. Ensuite on n'a qu'à y attacher une des bougies en étain de Schroetter, qui, guidée par la sonde sur laquelle elle repose, est facilement introduite dans la partie rétrécie du larynx. Dès que le bouton en laiton de la bougie de Schroetter apparaît dans la trachée, on l'attache à l'aide de la canule modifiée de Heryng qui rend superflue la pince à fixation de Schroetter. LICHTWITZ.

De la ventriloquie, par R. WAGNER. (*Münch. med. Woch.*, n° 17, 28 avril 1891.)

L'auteur arrive aux conclusions que nous allons exposer à la suite d'une série d'expériences confirmées par les photographies de la cavité buccale d'un ventriloque au moment de la respiration et au moment de la phonation.

Le mécanisme de la ventriloquie se produit dans la partie supérieure du larynx et dans la cavité pharyngienne et buccale. La partie postérieure de ces cavités paraît raccourcie par le soulèvement du larynx ; le voile du palais est fortement tiré en haut et la cavité buccale rétrécie dans tous les sens, surtout dans le sens vertical par suite de la voussure de la langue. Pour produire la voix du ventriloque il est encore nécessaire que l'expiration se fasse lentement. C'est ainsi que le ventriloque Schreiber, de Vienne, pouvait tenir devant sa bouche une flamme, sans que cette dernière vacillât pendant qu'il parlait.

L. L.

De la théorie de la ventriloquie, par E. BLEULER. (*Münch. med. Woch.*, n° 21, 26 mai 1891).

L'auteur, à l'encontre de Wagner, ne croit pas que la position du larynx joue un rôle important dans la production de la voix ventriloque. Quand le ventriloque imite la voix de conversation, son larynx se trouve soulevé ; mais quand il imite la voix d'appel

Digitized by Google

de quelqu'un qui serait dans une pièce voisine, il abaisse au contraire son larynx. Le point capital de la ventriloquie consiste, d'après lui, à parler avec une dépense d'air minime.

La position du voile du palais serait aussi sans importance.

L. L.

Action thérapeutique des sels de cantharidine, par W. Lublinski. (*Thérapeut. Monatshefte*, 1891, p. 239.)

L'auteur a traité avec ce médicament 26 malades. 21 cas de tuberculose laryngée et pulmonaire, 3 cas de bronchite sèche, 1 cas de pharyngite sèche et 1 cas de laryngite sèche. La dose initiale était de 1/10 de milligramme, et la dose maxima ne dépassait pas 2/10 de milligramme de cantharidate de potasse.

L'application de la solution de cantharidate de potasse est plus douloureuse que celle du cantharidate de soude. En surveillant ce dosage, les accidents du côté des voies urinaires peuvent être évités.

Les cas de tuberculose laryngée et pulmonaire, sans être guéris, ont été favorablement influencés. L'imbibition séreuse semble amener une meilleure nutrition des cellules qui agit favorablement sur la régression de processus morbides.

Dans les cas de bronchite sèche, la sécrétion se liquéfiait et l'expectoration se faisait plus facilement. Les rhonchi et les bruits sibilants faisaient place à des râles. Plus tard, la sécrétion diminuait et l'état général devenait meilleur.

Chez les malades atteints de pharyngite et laryngite sèche, le pharynx devenait moins sec, et les croûtes qui adhéraient auparavant aux cordes disparaissaient. L. L.

Contribution à l'étude de l'action des sels de cantharidine, par Th. Heryng. (*Terapeut. Monatsh.*, n° 11, p. 557-561, novembre 1891.)

L'auteur a expérimenté la cantharidine dans 20 cas de tuberculose laryngée et pulmonaire. Il s'est servi de la solution suivante, qui est cinq fois plus forte que celle recommandée par Liebreich, mais qui permet un dosage plus facile et l'emploi de quantités moindres de liquide :

Cantharidine pure.....	1 gramme.
Potasse caustique.....	2 grammes.
Eau distillée.....	1000 —

Il a fait en tout 127 injections, la plupart dans les régions

Digitized by Google

épigastrique, sous-clavière et dans celles des hypocondres. L'auteur, en confirmant les résultats obtenus par Heymann, Lublinski et B. Fraenkel, résume les siens de la manière suivante :

« 1° Les injections de cantharidine employées dans les cas d'ulcérations tuberculeuses superficielles des cordes vocales et d'infiltrations superficielles de la paroi postérieure du larynx ont amené un dégonflement des parties infiltrées et nettoyé le fond des ulcérations grâce à l'imbibition séreuse;

« 2° La guérison des ulcérations a été favorablement influencée;

« 3° L'emploi de 2/10 de milligramme du médicament n'exerçait aucune action irritative sur l'appareil urinaire ;

« 4° Dans les cas graves de tuberculose laryngée diffuse avec infiltration, destruction et périchondrite, de même que dans les cas d'un état général mauvais avec irritation du côté des intestins et des reins, le traitement par la cantharidine est contre-indiqué ;

« 5° En employant plus de 3/10 de milligramme de ce médicament on voit survenir des phénomènes d'irritation du côté des reins et de la vessie ;

« L'urine contient de l'albumine et des traces de sang. Les malades éprouvent de la dysurie, moins souvent des douleurs dans les reins, de la faiblesse et de la diarrhée légère qui dure plusieurs jours ;

« 6° L'inconvénient de ce traitement, après des doses prolongées de plus de 3/10 de milligramme, consiste dans l'apparition d'œdèmes diffus des parties infiltrées et ulcérées du larynx, qui augmentent la dysphagie et qui exigent beaucoup de précaution chez des malades traités en dehors de l'hôpital. »

L'emploi local de la solution de cantharidine dans les cas d'ulcérations laryngées était très douloureux et ne produisait aucun effet positif. LICHTWITZ.

Relations entre la chordite vocale inférieure hypertrophique de Gehrardt et le rhinosclérome d'Hebra, par ADOLF BANDLER. (*Zeitschrift für Heilkund.*, Band. XII, Heft 1 et 2, p. 227, 1891.)

Gangofner, en 1878, a émis le premier l'opinion que les laryngites chroniques qui aboutissent à la sténose sont en connexion étroite avec le rhinosclérome. Eppinger, Gangofner et Chiari ont ensuite établi la parenté qui existe entre les deux affections au point de vue histologique. Bandler rapporte l'histoire d'un malade

Digitized by Google

atteint depuis longtemps de rhinite, qui présenta de la laryngite hypoglottique hypertrophique avec dyspnée et plus tard accès de suffocation. Cinq ans après il succomba à la suite d'une pneumonie lobulaire, et à l'autopsie on trouva dans les parties lésées du nez, du pharynx, du larynx, de la trachée et des bronches les bacilles caractéristiques du rhinosclérome. Les bacilles étaient les uns isolés entre les cellules du tissu de granulation, les autres englobés en amas dans les cellules décrites par Mikulicz. Ils furent trouvés par raclage et sur les coupes et cultivés. L'injection à une souris amena la mort en 48 heures, avec épanchement séro-sanguinolent dans la plèvre droite et bacilles dans le sang. PAUL TISSIER.

Bacille du rhinosclérome, par PALTAUF. (*Wiener med. Blätter*, n° 3, p. 40, 1890.)

Depuis ses premières publications (1887), Paltauf a pu retrouver dans le liquide extrait des tissus scléromateux un bacille, à l'état de culture pure, ressemblant par sa forme et ses dimensions à la pneumobactérie de Friedländer. Les inoculations aux animaux restèrent stériles; il croit cependant pouvoir, en s'appuyant sur la constatation dans tous les cas de rhinosclérome, admettre la spécificité de son bacille.

Il s'est demandé si le sclérome du larynx et du pharynx est un processus identique au rhinosclérome. Il a étudié 14 cas: 3 nouveaux cas de rhinosclérome avec ses lésions typiques, 5 cas de sténose laryngée ou trachéale par production scléromateuse, dans lesquels le pharynx resta indemne ou ne fut pris que consécutivement ; 2 cas dans lesquels il n'existait au début que des cicatrices en voie d'exulcération dans le larynx, enfin 3 cas dans lesquels les lésions étaient absolument limitées à l'intérieur du nez, sans participation des téguments externes.

Dans tous ces cas, il retrouva le bacille spécifique dans les petits fragments extirpés pour cette recherche.

Aussi dans quelques cas l'examen bactériologique pourrait-il intervenir dans le diagnostic entre la syphilis, le cancer, la tuberculose d'une part et le rhinosclérome d'autre part.

Le bacille du rhinosclérome diffère du pneumo-bacille de Friedländer en ce que les cultures deviennent plus rapidement sèches et perdent leur virulence. Il ne produit pas, comme celui de Friedländer, en culture dans une solution sucrée, un abondant dégagement gazeux par fermentation du sucre. Enfin,

Digitized by Google

il ne développe pas ou seulement faiblement ses milieux acides.

P. TISSIER.

Existence des boules hyalines du rhinosclérome dans quelques autres productions pathologiques, par STÉPANOW. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, mai 1891, p. 134.)

Les boules hyalines ont été rencontrées d'une façon presque constante dans les tissus atteints de rhinosclérome; leur production a été attribuée d'une façon très vraisemblable aux bacilles de cette affection. Ces boules hyalines avaient été déjà trouvées, quoique bien moins abondantes que dans le cas de rhinosclérome dans certaines syphilomes, dans l'éléphantiasis, dans le sycosis de la lèvre. Stépanow les a recherchées dans vingt et un polypes des fosses nasales et les a trouvées dans les vingt et un cas. Sur cinq polypes de l'oreille examinés, deux très anciens renfermaient de nombreuses boules hyalines; deux plus récents en renfermaient quelques-unes; un seul très vasculaire n'en présentait pas. Un adénome de la cloison nasale n'en offrit pas non plus à l'examen. Mais dans huit examens de végétation adénoïdes, le résultat fut positif, les boules hyalines étaient toutefois très rares.

Les boules hyalines se trouvent donc dans toute cette série de néoplasmes; leur valeur diagnostique en anatomie pathologique ne doit pas être surfaite; on ne peut en particulier les regarder comme une production absolument spécifique due à l'action du bacille du rhinosclérome, mais plutôt comme le résultat de la lutte des cellules tendant à l'entier envahissement des bacilles.

Mais en étudiant les boules hyalines du rhinosclérome, Stépanow a pu en distinguer deux types assez différents : 1° des boules hyalines ne renfermant jamais de bacilles très réguliers, se colorant d'une façon particulièrement intense par les couleurs d'aniline; 2° des boules hyalines renfermant toujours des bacilles beaucoup moins réguliers, très variables de formes, se colorant bien plus faiblement. Il donne à ces boules, pour exprimer leur variation d'aspect, le nom de mottes hyalines.

Ces mottes hyalines n'ont jamais été rencontrées que dans le rhinosclérome. Leur absence ne saurait avoir de valeur négative, mais leur présence est un caractère positif important.

A.-F. P.

Un cas de rhinolithes bilatéraux, par NITSCHE. (*Monastschrift für Ohrenheilkunde*, juillet 1891.)

Observation remarquable : 1° par la bilatéralité des rhino-

Digitized by Google

lithes; 2° par leur long séjour, 20 ans, dans les fosses nasales; 3° par la façon dont les rhinolithes avaient été tolérés, ne déterminant qu'un peu de suintement séro-purulent; 4° par les difficultés du diagnostic. Nitsche insiste sur la nécessité de l'exploration par le cathétérisme dans tous les cas douteux. A.-F. P.

Troubles d'accroissement et malformations du maxillaire supérieur et de la cloison dus à la gêne de la respiration nasale, par Körner. (*Berlin. lib. Vogel*, 1891, anal. du *Monatschrift für Ohrenheilkunde.*)

Körner étudie surtout les malformations dues aux végétations adénoïdes. Il attribue ces malformations : 1° au défaut de développement de la cloison nasale amené par la gêne de la respiration nasale. Par suite de cette insuffisance de la cloison, la voûte palatine incomplètement soutenue en haut s'incurve (palais en ogive); 2° à la compression latérale exercée par les joues, compression qui repousse en dehors les parties latérales des arcades dentaires et fait proéminer en avant leur partie médiane; 3° à l'occlusion incomplète des lèvres et surtout de la lèvre supérieure qui permet le déjettement en avant de la portion antérieure de l'arcade. Körner fait remarquer que l'occlusion osseuse des cloisons amène sur le maxillaire supérieur les mêmes malformations que l'occlusion par les végétations adénoïdes. Il oppose ces malformations aux malformations rachitiques. Les premières frappent surtout le maxillaire supérieur; les malformations rachitiques, au contraire, offrent une certaine analogie dans la compression latérale et le déjettement en avant des arcades dentaires, mais elles frappent surtout le maxillaire inférieur. A.-F. P.

Action réflexe de la muqueuse nasale sur les bronches, par Julius Lazarus. (*Archiv f. Anat. u. Physiol.*, 1 et 2, p. 19, 1891.)

Lazarus trachéotomise des chiens, curarisés pour éviter les phénomènes relevant des muscles volontaires, et place dans leur trachée un appareil destiné à régulariser les mouvements inspiratoires et expiratoires et la quantité d'air inspiré, à enregistrer les variations de pression. Il irrite alors la muqueuse nasale au niveau du septum et du cornet inférieur et il constate, d'une façon régulière, pendant l'irritation, une augmentation de la résistance des bronches à la pénétration de l'air, résistance persistant encore un certain temps après la cessation de l'irritation.

Digitized by Google

Sectionne-t-on les deux vagues, l'irritation nasale n'a plus les mêmes effets; par contre, si l'on irrite l'extrémité périphérique des nerfs sectionnés, on reproduit le même phénomène. L'augmentation de la résistance peut s'expliquer par le retrécissement de la lumière des bronches, résultant vraisemblablement d'une contraction de la musculature. Le retrécissement par tuméfaction de la muqueuse, à la suite d'une dilatation vasculaire, ou par un excès de sécrétion, est à éliminer, car : 1° on n'a pas encore trouvé de fibres vaso-dilatatrices dans le vague, et 2° la brusquerie de l'apparition et de la disparition du phénomène ne s'expliquerait guère que par un trouble sécréteur.

Ces faits sont fort importants; ils permettent de comprendre la pathogénie de l'isthme nasal et montrent bien la réalité des réflexes d'origine nasale, dont le seul tort a été d'avoir de trop maladroits amis. P. TISSIER.

Examen de la muqueuse nasale dans un cas de leucémie, par le Dr SUCHANNEK, de Zurich. (*Arch. of Otology*, n° 4, 1890.)

Après avoir longuement rappelé aux spécialistes l'histoire de la leucocythémie depuis Cullen jusqu'à Ehrlich, l'auteur décrit les modifications observées sur la muqueuse nasale dans un cas de leucémie. La muqueuse était hypertrophiée, les cellules de revêtement intactes et la couche sous-épithéliale remplacée par du tissu lymphoïde soit diffus, soit réuni en petits amas ovoïdes ou arrondis. Il est à noter que chacun de ces lymphomes microscopiques se trouvait au pourtour d'une glande, d'un filament nerveux ou d'un vaisseau : çà et là de petits amas de pigment brun jaunâtre.

Incidemment l'auteur se prononce contre l'opinion de M. Schultze pour qui la région de l'olfaction n'a pas d'épithélium à cil vibratile chez l'homme. Si celui-ci manque, cela tient à ce qu'il a été détruit par des coryzas. M. LS.

La route suivie par l'air à travers les fosses nasales pendant la respiration, par R. KAYSER, de Breslau. (*Arch. of Otology*, n° 1, 1891.)

Les anatomistes ont beaucoup discuté la direction du courant d'air dans l'inspiration. La plupart se sont surtout attachés aux considérations anatomiques. On admet en général que dans l'inspiration ordinaire l'air passe surtout par le méat inférieur,

Digitized by Google

chemin le plus court vers le naso-pharynx, et accessoirement par le méat moyen. La *pars olfactoria* des fosses nasales serait à peine touchée dans l'inspiration normale et ne le serait réellement que dans le reniflement.

Toutefois un élève d'Exner, Paulsen, déduit de ses expériences sur le cadavre que le courant d'air monte et atteint le sommet du nez, suit le toit des fosses nasales jusqu'à la partie postérieure et redescend en suivant une ligne courbe.

Kayser a repris cette expérimentation sur le vivant et se sert simplement de magnésie en poudre projetée devant le nez au moment de l'inspiration. Il est facile de s'assurer que la poudre passe le long de la cloison, *au-dessus du cornet inférieur*, en décrivant un demi-cercle qui s'étend en haut presque jusqu'au toit des fosses nasales. Le plancher, le méat inférieur et la face inférieure du cornet inférieur ne présentent pas trace de poudre.

Ainsi donc la division des fosses nasales en partie respiratoire et partie olfactive n'est admissible qu'au point de vue anatomique; au point de vue physiologique, l'opinion courante sur la voie suivie par l'air inspiré est erronée. M. LS.

Une nouvelle méthode de traitement des saillies de la cloison nasale, par G. SANDMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 9, p. 327' 1891.)

Après un court résumé des différents procédés qu'on a imaginés pour redresser les déviations et pour détruire les crêtes et épines osseuses de la cloison nasale, l'auteur oublie de mentionner la destruction électrolytique décrite par Miot; Sandmann recommande, pour les déviations verticales gibbeuses, l'emploi de la lime. Il décrit trois limes différentes, deux planes et une à surface demi-circulaire. Après cocaïnisation de la muqueuse et bon éclairage préalable, il applique la lime sans s'occuper autrement de la muqueuse et du périchondre. Pour les saillies cartilagineuses, il emploie une lime rugueuse, et pour les saillies osseuses une lime fine. LICHTWITZ.

De la pyoctanine dans la suppuration du sinus frontal, par R. CHOLEWA. (*Terapeut. Monatshefte*, n° 2, p. 189, 1891.)

L'auteur émet d'abord l'hypothèse que dans l'empyème du sinus frontal on trouve, au niveau de l'orifice nasal de cette cavité, l'os carié sur une petite étendue. Il base cette hypothèse sur la sensation de frottement qu'il éprouvait chaque fois qu'il

Digitized by Google

introduisait une sonde dans le conduit qui fait communiquer le sinus frontal avec l'infundibulum. L'auteur dit qu'on rencontre des caries limitées analogues dans la caisse, où elles sont dues à un gonflement œdémateux des granulations suivi d'un étranglement des artérioles. Un semblable processus aurait lieu au pourtour de l'orifice du sinus frontal et l'empyème du sinus ne serait provoqué que secondairement par l'infection provenant de la partie cariée de son orifice.

Il faut donc surtout tâcher de guérir la partie cariée de l'orifice du sinus. Pour obtenir cette guérison, il a employé, dans 4 cas d'empyème du sinus frontal, la pyoctanine fondue sur une sonde.

Après avoir lavé le sinus frontal, il introduisit la sonde dans l'orifice et la laissa en place quelques instants.

Ce procédé, exécuté à deux ou trois reprises, aurait amené une guérison dans les 4 cas. Un de ces cas existait depuis plus de cinq ans.

Pour faire le cathétérisme du conduit on est souvent gêné par l'extrémité antérieure du cornet moyen, mais on n'a pas besoin pour cela de l'enlever, comme le conseille Hartmann. Il suffit de la briser à demi et de l'écarter du côté de la cloison.

L'hypothèse de l'auteur sur l'origine de l'empyème du sinus frontal nous semble peu fondée. Il est plus probable que la carie de l'orifice, si carie il y a, est non la cause, mais la conséquence de l'empyème de la cavité. La sensation de frottement au passage de la sonde s'explique plutôt par le fait qu'en voulant sonder le conduit plus ou moins droit on tombe souvent dans les cellules ethmoïdales intérieures, dont l'orifice se trouve également dans l'hiatus semilunaris. Quant à la guérison des 4 cas par la pyoctanine, elle semble être due au lavage qui précède le cathétérisme du conduit, plutôt qu'à l'application de ce médicament, car la poudre qui est déposée sur la sonde doit s'enlever bien avant que la sonde ait franchi l'orifice.

LICHTWITZ.

De la pyoctanine dans la suppuration du sinus frontal, par J. Katzenstein. (*Terapeut. Monatsh.*, p. 484, septembre 1891.)

L'auteur a contrôlé, à l'aide de ses préparations anatomiques, les assertions de Cholewa (voir l'analyse du travail de Cholewa) au sujet du cathétérisme du conduit qui réunit le sinus frontal à l'infundibulum.

Digitized by Google

Il écarte d'abord le cornet moyen vers la cloison et introduit la sonde dans l'infundibulum.

Le premier obstacle qu'on rencontre alors est formé par la lèvre antérieure de l'hiatus semilunaris. Il faut l'inciser avant de pouvoir faire passer la sonde qui, dans son parcours à travers le labyrinthe ethmoïdal, y détruit les minces trabécules osseuses. Dans des cas rares, quand l'orifice frontal est large et quand il n'existe pas de conduit, on réussit facilement à entrer dans le sinus frontal. Mais quand ce conduit existe, il est absolument impossible de franchir le ou les conduits qui forment un arc dont la convexité est dirigée en avant.

On a beau diriger la sonde verticalement en haut on n'arrive pas dans le conduit, parce qu'il n'est pas possible de franchir l'angle que décrit le conduit.

Cholewa prétendait avoir fait une injection dans le sinus par l'orifice naturel. D'après l'auteur, l'introduction de liquide est plus que douteuse, étant donnée l'étroitesse du conduit, qui ne permet pas à l'air de s'échapper, ou d'employer des canules à double courant. LICHTWITZ.

De l'europhène dans les affections nasales, par LÖWENSTEIN. (*Terapeut. Monatsh.*, p. 482, septembre 1891.)

Les expériences bactériologiques indiquent que l'europhène pourrait être employée pour toutes les affections dans lesquelles on s'est servi jusqu'à présent de l'iodoforme.

L'auteur a expérimenté ce médicament dans les affections et opérations nasales.

Il a trouvé que dans l'ozène l'europhène ne peut pas remplacer l'aristol, mais que son emploi est indiqué dans le catarrhe atrophique sans ozène, dans les hémorragies dues aux érosions de la cloison, dans les perforations de la cloison et dans toutes les opérations.

L'auteur a employé la poudre pure pour mieux apprécier son effet. Il n'a jamais vu de phénomènes d'irritation ni d'intoxication. L. L.

Mycose aspergillienne de l'antre d'Hyghmore, par C. ZARNIKO. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, 29 octobre 1891.)

C'est la première fois que l'on a trouvé sur le vivant des champignons dans une des cavités accessoires du nez.

Il s'agit d'une femme âgée de 50 ans, qui se plaignait d'être enchiffrenée, de moucher beaucoup et de ressentir souvent une mauvaise odeur. Céphalalgie frontale.

Digitized by Google

A l'examen nasal on constata une hypertrophie polypeuse des deux cornets moyens, et du côté gauche, dans le méat moyen, un amas de pus fétide, de couleur jaune verdâtre. Après l'ablation des hypertrophies, lavage de l'antre gauche par l'orifice naturel avec la canule de Hartmann.

Ce lavage donna issue à une quantité de grumeaux de couleur brun foncé au milieu de la sécrétion muco-purulente fétide.

A l'examen microscopique de ces grumeaux on trouva les appareils fructifères de l'aspergillus fumigatus Fresenius.

Après 21 lavages, d'abord faits tous les jours, puis dans l'intervalle de plusieurs jours, l'antre ne contenait plus de sécrétion. Même après le 16e lavage, il ne sortait déjà plus de grumeaux contenant le champignon. LICHTWITZ.

Communications rhinologiques, par R. KAYSER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, 1891.)

L'auteur rapporte quatre cas intéressants d'affections diverses qu'il a observés à la clinique du Dr Gottstein.

1er cas. — *Tumeur de la grosseur d'une pomme de la cavité naso-pharyngienne (polype fibreux).* — La tumeur était implantée dans le méat moyen, du côté gauche, et fut extirpée avec l'anse galvanique introduite par le nez et glissée sur la tumeur à l'aide des doigts de la main gauche jusqu'à son pédicule. Pas d'hémorragie.

2e cas. — *Une dent dans les fosses nasales.* — La jeune fille de 15 ans souffrait d'une blennorrhée nasale fétide de la narine gauche, qui cessa après l'extraction de fragments d'os nécrosé et d'une incisive. L'auteur suppose que la malade, étant petite, s'était introduit la dent comme corps étranger ou que la dent est peut-être entrée dans les fosses nasales par derrière pendant un effort de vomissement ; il ne croit pas qu'elle ait poussé dans le nez.

3e cas. — *Affaissement du dos du nez et atrésie d'une narine après l'influenza.* — La petite malade a, pendant l'influenza, éliminé par le nez du pus et du tissu mortifié. Il s'en est suivi un affaissement du nez occasionné probablement par périchondrite, une élimination d'une partie de la cloison cartilagineuse. Pas de perforation de la cloison, mais atrésie complète de l'orifice externe de la narine droite.

4e cas. — *Voile du palais raccourci et division de la voûte palatine osseuse recouverte par la muqueuse.* — Il s'agit d'une

Digitized by Google

malformation congénitale. Un frère et une sœur de la malade sont atteints d'une division complète du palais. L. L.

Quelques cas d'hémangiome, par C. Krenn. (*Prager med. Woch.*, n° 1391, p. 135).

Mentionnons ici seulement un des cas rapportés par l'auteur. Il s'agit d'une tumeur caverneuse occupant presque tout le nez avec la cloison, à partir de l'extrémité antérieure de la charpente osseuse. L'enfant âgé de 21 mois fut traité à l'aide de fils imbibés de perchlorure de fer qu'on introduisait dans la tumeur dans tous les sens et des injections de cette substance. Ce n'est qu'après trois mois de traitement que toutes les parties nécrosées furent éliminées et qu'on put pratiquer l'autoplastie.

Le traitement fort long provoqua un phlegmon de la racine du nez. Néanmoins l'auteur approuve la méthode choisie parce qu'elle n'attaquait que la tumeur et laissait intacts quelques îlots sains de la peau et de la muqueuse qui facilitaient l'autoplastie ultérieure. LICHTWITZ.

Un cas d'anosmie après l'ablation des deux ovaires, par S. Gottschalk. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, 1891.)

Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans, à laquelle l'auteur a enlevé les deux ovaires à cause d'un myome intra-ligamenteux, qui avait provoqué des hémorragies incoercibles et des douleurs intenses.

A la suite de cette opération, il s'est établi chez la malade un état artificiel de ménopause : hémicranie, insomnie, douleurs musculaires indéterminées, congestions, etc. De plus la malade a perdu complètement l'odorat.

L'anosmie n'était occasionnée par aucune lésion nasale. L. L.

Nouveau ciseau et nouvelles cuillers tranchantes pour le nez; nouvelle pédale pour la purification de l'air, par le Dr M. Bresgen. (*Deutsche med. Woch.*, n° 16, avril 1891.)

Le *nouveau ciseau* est à double tranchant (en avant et en arrière), et sert à enlever les proéminences osseuses de la cloison ; les saillies cartilagineuses sont détruites par l'auteur à l'aide de la galvanocaustique.

Les *cuillers tranchantes*, dont deux courbées à leur extrémité antérieure et une droite, sont employées par l'auteur quand il s'agit de dilater le méat moyen et l'orifice des sinus frontal et maxillaire.

Digitized by Google

La *pédale*, combinée avec l'insufflateur de Kabierski, modifiée par l'auteur, sert à insuffler des poudres dans le nez et la gorge. L'air passant à travers une petite boîte qui contient de l'ouate est purifié. D'après la pression qu'on exerce sur la pédale avec le pied, on arrive à insuffler plus ou moins de poudre avec plus ou moins de force. LICHTWITZ.

Un nouveau miroir pour la cavité naso-pharyngienne et le larynx, par Th. HARKE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 28, 1891.)

Le nouveau miroir permet de faire varier à volonté au moment de l'examen l'angle qu'il forme avec le manche, ainsi que cela se fait pour le miroir de Michel; mais tandis que ce dernier est fixé au manche, le miroir de l'auteur peut être remplacé avec facilité. Pour cela on n'a qu'à exécuter avec les deux branches du manche le même mouvement qu'on imprime aux pinces hémostatiques de Péan. Ce démontage ne peut se produire involontairement.

Les miroirs de l'auteur sont faciles à nettoyer et prennent peu de place, puisque le même manche peut servir à une série de miroirs. L. L.

Un miroir pour l'examen de la cavité naso-pharyngienne, par L. JANKAU. (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, 27 août 1891.)

L'auteur propose d'examiner la cavité naso-pharyngienne à l'aide d'un miroir chauffé, qu'il introduit couvert d'un capuchon en caoutchouc à travers le nez. Une fois le miroir dans le pharynx nasal on pratique à l'aide d'un second miroir la rhinoscopie postérieure et l'on place le premier miroir sur le bourrelet antérieur de l'orifice de la trompe. En tirant sur un fil on lui enlève son capuchon en caoutchouc et on voit à l'aide du second miroir les parties du pharynx nasal qui se reflètent dans le premier, notamment le plancher nasal et l'orifice de la trompe qu'on ne distingue pas complètement avec la rhinoscopie postérieure simple. L. L.

Saillie osseuse de la paroi postérieure du pharynx, par ZADECK. (*Soc. de méd. de Berlin*, 29 octobre 1890, et *Berlin. kl. Woch.*, n° 46, 17 novembre 1890.)

La saillie dépendant de la quatrième et peut-être de la cinquième vertèbre masquait presque au toucher l'entrée de l'œsophage. Il existait en même temps une déformation gibbeuse. L'affection remontait à l'âge de 16 ans, et s'était installée avec

Digitized by Google

douleurs, gêne des mouvements du cou (les mouvements sont encore limités et on perçoit à ce niveau un craquement). A la suite de ces prodromes survint une paralysie unilatérale, affectant les caractères classiques de la paralysie médullaire de Brown-Séquard, qui s'amenda peu à peu.

Les troubles provoqués par la saillie antérieure de la paroi pharyngée sont minimes. Au début existait une dysphagie qui a disparu. Il existe de la pharyngite atrophique à la partie supérieure du pharynx.

Pendant la phonation, l'occlusion du pharynx est incomplète.

Zadeck attribue la lésion à la tuberculose ayant déterminé une ostéite hypertrophiante. P. TISSIER.

Saillie osseuse sur la paroi pharyngée chez les enfants, par HENOCH. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 46, 17 novembre 1890.)

Henoch a eu l'occasion d'observer plusieurs fois, chez de jeunes enfants, ne présentant d'ordinaire que peu ou pas de gêne de la déglutition, une saillie dure, arrondie, faisant corps avec l'axis et correspondant à la partie postérieure de la langue. Il se demande s'il ne faut pas voir là un trouble dans le processus d'ossification de l'axis, qui aurait dans sa partie antérieure deux points d'ossification : un pour le corps, un pour l'apophyse odontoïde. P. TISSIER.

Cancer du pharynx. Pharyngotomie sous-hyoïdienne. Mort au bout de 9 mois sans récidive, par BENNO-LAQUER. (*Berl. kl. Woch.*, n° 43, 27 octobre 1890.)

Les cancers primitifs du pharynx sont rares. Winiwarter en note un cas sur 548 de cancers et V. Langenbeck un sur 230. Krönlein, par contre, en a réuni 28 cas primitifs ou non. La raison de cette rareté serait dans le peu d'importance et la rareté des traumatismes de cette région et dans l'uniformité de son revêtement épithélial. Orth n'a pu réunir que 18 cas de cancer primitif du pharynx.

On peut les diviser en cancers de la paroi latérale, rétrolaryngée et de la paroi postérieure.

Le cas particulier rapporté par Laquer est résumé dans le titre même de son travail. P. TISSIER.

Emploi de la fuchsine dans les affections de la gorge, par BOGROFF. (*Vratch.*, 18 avril 1891.)

Bogroff, dans un cas de pharyngite chronique entretenue par

Digitized by Google

une tuberculose pulmonaire et laryngée et ayant résisté à tous les traitements, obtint les meilleurs résultats de badigeonnages faits avec une solution d'acide borique à 2 0/0 saturée de fuchsine. La guérison fut complète. La fuchsine forme par-dessus l'épithélium un vernis imperméable et préserve la muqueuse de toute irritation. Bogroff pense que les propriétés antiseptiques des préparations d'aniline leur assurent un grand avenir en thérapeutique. Ce serait surtout dans la tuberculose laryngée que leur emploi pourrait offrir un avantage réel. La fuchsine en effet colore les tissus avec laquelle elle est mise en contact et permet de s'assurer que le traitement local a bien porté sur le point atteint. A.-F. P.

Étiologie de l'angine folliculaire, par J. Sendtner. (*Munch. med. Woch.*, n° 26, 30 juin 1891.)

L'auteur a examiné le pus dans 4 cas d'origine folliculaire et dans 1 cas d'origine phlegmoneuse. Les cultures faites avec ce pus sur la gélatine de bouillon ont permis de reconnaître dans chacun de ces cas la présence de streptocoques qui au point de vue bactériologique ne se laissaient pas différencier du streptocoque pyogène et du streptocoque érysipélateux. Ces cultures injectées sous la peau de souris se montraient pathogènes. On ne doit donc pas s'étonner, dit l'auteur, de voir parfois les angines folliculaires se terminer fatalement. Il est même étonnant que cette affection guérisse habituellement si vite et reste localisée. La présence du streptocoque dans l'angine expliquait aussi pourquoi on observe parfois de l'érysipèle à la suite de l'angine folliculaire. L. L.

Un cas de corps étranger des voies aériennes, par H. Niemeyer. (*Thérapeut. Monatsh.*, n° 1, 1891.)

Le corps étranger (une balle de fusil) siégeait dans la bronche droite.

L'auteur fit coucher le malade sur le ventre, la tête et la poitrine penchées sur le bord d'une chaise longue, de manière que la tête reposât par terre.

Dans cette position il fit fortement tousser le malade et aussitôt après le projectile tomba d'abord dans le larynx, provoqua un accès de suffocation et fut ensuite expulsé. L. L.

Un cas de corps étranger des voies aériennes ayant séjourné

Digitized by Google

deux ans et demi, par Alphons Schaefer. (*Thérapeut. Monatshefte*, n° 2, 1891, p. 188.)

Il s'agit d'un morceau d'os de 1 cent. 1/2 de long et 4 millim. d'épaisseur, que la malade, âgée de 62 ans, s'était introduit dans les voies aériennes, il y a plus de 2 ans 1/2, en mangeant avec précipitation. Le corps étranger avait provoqué pendant ce temps une toux permanente, de la dyspnée et une expectoration muqueuse peu abondante. Après avoir expectoré spontanément le morceau d'os, tous ces symptômes disparurent complètement.

L. L.

Lésions bucco-pharyngées dans la leucémie, par A. Hinterberger. (*Deutsche Archiv. für klinische Medicin.*, Band. 48, Hefts 3 et 4, s. 324, 1891.)

Il n'est pas rare d'observer dans la leucémie chronique des lésions que l'on a désignées sous le nom de stomatite ou angine leucémique : pharyngite lymphomateuse et gonflement des amygdales. Les follicules clos de la base de la langue sont assez fréquemment pris. Dans un cas de Mosler, il se produit même une stomatite grave.

Les gencives, surtout du côté gauche, côté où les adénopathies leucémiques étaient le plus développées, étaient gonflées, décollées, saignant facilement, les dents déchaussées, recouvertes d'un enduit noirâtre, le pharynx semé de nombreuses ulcérations, les amygdales tuméfiées, les follicules clos très volumineux. La salivation était très abondante. Tous les moyens locaux échouèrent, et Mosler n'obtint d'amélioration que par l'administration du fer et de la quinine. La pharyngite, due aux lymphomes, précède la stomatite qui est provoquée par les modifications chimiques de la sécrétion salivaire dans les cas de leucémie lymphatique.

Dans une observation de Recklinghausen, les follicules de la base de la langue tuméfiés étaient légèrement ulcérés et il existait au niveau de la corde vocale une ulcération plate avec bords rouges et tuméfiés. Kribben a vu les amygdales leucémiques s'ulcérer.

Dans les formes aiguës de leucémie, la stomatite est beaucoup plus fréquente, elle n'est pas seulement simple, mais encore elle peut se compliquer de processus gangreneux ou diphtériliques (Ebstein, Hinterberger). Ce dernier auteur a rassemblé 9 cas dus à Friedreich, à M. Kelsch, à Kussner, à Ponfick, à M. Gaucher, à Wadham et à Westphal (9 fois sur 19 cas). Cette grande fré-

Digitized by Google

quence en fait non une complication, mais un symptôme, et un symptôme important, de la leucémie aiguë.

Elle peut survenir avant l'apparition des adénopathies leucémiques, de la tuméfaction, de la rate et du foie (Ponfick, Kelsch), c'est-à-dire avant les symptômes qui font penser à la leucémie et commandent l'examen du sang. A ce point de vue, elle a donné une certaine importance diagnostique.

C'est un symptôme initial, que sa résistance au traitement local, l'impossibilité où l'on est de lui attribuer une cause déterminée, élèvent au rang de signe révélateur.

Il est vrai que la stomatite non leucémique peut s'accompagner d'adénopathies, mais celles-ci sont territoriales. Lorsqu'il y a fièvre intense, infection générale avec splénomégalie, pétéchies, etc., le diagnostic pourra être plus délicat à faire.

Comme la stomatite est, avons-nous dit, beaucoup plus fréquente dans la leucémie aiguë, sa constatation devra faire réserver le pronostic, cette forme de leucémie tuant à bref délai.

La stomatite s'observerait surtout dans les formes mixtes (spléno-lymphatico-médullaire) de leucémie aiguë.

Ebstein, qui a le premier décrit la forme aiguë de la leucémie, avait déjà émis l'opinion qu'il s'agissait vraisemblablement d'un processus infectieux. Osterwald a signalé l'existence de coques dans le sang, la rate, les lymphomes, etc. De là à penser que les lésions de la bouche et du pharynx sont des portes d'entrée pour l'infection, il n'y avait qu'un pas. Les lésions de la bouche et du pharynx, aboutissant à l'ulcération, ne seraient pas dues à la destruction de lymphomes, mais à une action chimique; ainsi serait ouverte la porte à l'infection.

C'est ainsi que dans le cas de Ponfick les adénopathies apparurent seulement 12 jours après l'amygdalite leucémique et quelques jours après la gingivite leucémique. Dans le cas de M. Kelsch, c'est 13 jours après la constatation de la gingivite que les ganglions commencèrent à se tuméfier. PAUL TISSIER.

De l'application locale de l'acide chromique dans les ulcérations syphilitiques, par A. Kuttner. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 6, juin 1891.)

Dans les cas d'ulcérations syphilitiques de la bouche et du pharynx rebelles à tout traitement, l'auteur a employé avec succès l'acide chromique fondu sur une sonde.

Il touche l'ulcération à plusieurs reprises jusqu'à ce qu'elle

Digitized by Google

soit cicatrisée. La guérison s'établit au bout de peu de temps (3 à 15 jours).

Kuttner n'ose dire si cette action de l'acide chromique est due à un pouvoir antisyphilitique, car dans un cas de chancre induré l'emploi de l'acide chromique ne lui a pas donné de résultat. L. L.

De l'emploi local de l'acide chromique dans les ulcérations syphilitiques, par Th. Heryng. (*Therapeut. Monasth.*, août 1891, p. 429.)

L'auteur rappelle qu'il a déjà, en 1885 (*Berl. klin. Woch.*, n° 11), recommandé l'emploi de l'acide chromique dans les ulcérations syphilitiques chroniques. Kuttner (voir l'analyse ci-dessus) semble avoir ignoré ce travail de l'auteur puisqu'il croit être le premier à employer cette substance dans les ulcérations syphilitiques rebelles.

Heryng profite de cette réclamation de priorité pour faire ressortir la supériorité de l'acide chromique sur l'acide trichloracétique que de Stein et d'autres ont recommandé tout récemment.

Heryng attribue à l'acide chromique une action caustique plus puissante, et, d'après lui et Rethi, ce médicament ne produirait pas de douleurs analogues à celles que provoque l'emploi de l'acide trichloracétique chez certains malades.

Quant à la toxicité de l'acide chromique, on peut presque toujours l'éviter. Il ne faut cependant pas l'employer dans des tissus qui, comme l'amygdale, ont un pouvoir résorbant très prononcé, et quand on s'en sert pour des cautérisations nasales il est nécessaire de faire le lavage post-opératoire par l'autre narine, afin que le liquide qui tomberait dans la gorge ne contienne pas d'acide chromique. LICHTWITZ.

De l'emploi local de l'acide chromique dans le traitement des affections syphilitiques de la cavité buccale, par E. Feibes. (*Therapeut. Monatsh.*, n° 11, novembre 1891, p. 578.)

Tous les auteurs (Vidal, Heryng, Rethi, Butlin et Kuttner) qui se sont servi de l'acide chromique en solution plus ou moins concentrée, ou en substance dans les affections syphilitiques de la bouche, n'ont eu qu'à se louer de ce médicament, qui réussit là où les autres échouent.

L'auteur a employé également avec grand succès l'acide chromique en solution concentrée (1. 2.) dans les syphilides de la muqueuse buccale. Il rapporte quelques observations, entre

Digitized by Google

autres un cas de psoriasis lingual qu'il a traité, ainsi que 10 autres cas analogues, par l'acide chromique.

Il a obtenu aussi de très bons résultats dans la stomatite mercurielle par l'emploi d'une solution concentrée de ce médicament; il badigeonne la gencive à l'aide d'une sonde garnie d'ouate.

Pour enlever le surplus de l'acide chromique et pour détruire le mauvais goût, il laisse les malades se rincer la bouche avec de l'eau chloroformée acidulée. En usant de cette précaution dans les quelques centaines de cautérisations qu'il a pratiquées avec cette substance, il n'a jamais observé le moindre phénomène d'intoxication. LICHTWITZ.

Herpès chronique récidivant de la cavité buccale, par TH.-S. FLATAU. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 22, 28 mai 1891.)

Il s'agit d'un homme âgé de 38 ans, qui depuis 16 ans voit apparaître sur la muqueuse des lèvres près de leur bord, dans le cul-de-sac des gencives, sur la muqueuse des joues au niveau des dents et moins souvent sur le tiers postérieur de la langue, des vésicules groupées en chapelet. Ces vésicules guérissent en l'espace de 8 jours à 1 mois, et parfois avant même que les anciennes aient disparu on en voit apparaître de nouvelles. Le malade souffre en même temps d'une obstruction nasale, et il est à remarquer que la formation des vésicules avait cessé pendant un an lorsque la respiration nasale s'était rétablie au dire du malade sous l'influence de bains de vapeur.

Le malade n'a eu ni la syphilis, ni la tuberculose, ni la malaria, et n'a pas eu de troubles gastriques, mais il s'adonne à la boisson et au tabac. De plus il existe un catarrhe congestif de la muqueuse nasale qui occasionne l'obstruction nasale.

L'auteur fait le diagnostic différentiel entre l'herpès et les aphtes et croit pouvoir admettre qu'il s'agit chez son malade d'un cas rare d'herpès chronique récidivant, et cela d'autant plus qu'à quatre reprises se sont montrées chez le malade des éruptions herpétiques sur le scrotum et sur le pénis. L'auteur fait encore valoir que l'affection était presque exclusivement limitée au territoire du trijumeau; une seule fois l'apparition des vésicules était accompagnée de salivation.

Le traitement consistait dans la prescription des collutoires alcalins. L. L.

De l'affection gonorrhéique dans la bouche des nouveau-nés,

Digitized by Google

par Rosinski. (Société de médecine de Königsberg, séance du 2 février 1891, in *Deutsche med. Woch.*, n° 16, 16 avril 1891.)

On croyait jusqu'à présent que la contagion gonorrhéique ne pouvait pas avoir lieu dans la bouche, grâce à la qualité de l'épithélium de la muqueuse buccale. L'auteur a vu deux nouveau-nés dont les mères étaient atteintes de gonorrhée urétrale, et qui présentaient sur la muqueuse buccale un enduit particulier. L'examen microscopique de cet enduit démontrait la présence du gonocoque. L'affection guérit en 11 jours, sans laisser de cicatrices. LICHTWITZ.

Lupus de la langue (maladies rares de la langue), par Michelson. (*Berliner klinische Woch.*, n° 48, p. 1112, 1er décembre 1890.)

Leloir, au congrès de la tuberculose en 1888, présenta comme maladie excessivement rare et non encore observée un cas de lupus de la langue. Il faut en rapprocher un cas de Bender (1888), de Fairlie Clarke. Virchow et Rosalie Idelson, élève de Langhaus, ont depuis longtemps (1864-1865) établi anatomiquement l'existence du lupus de la langue. Idelson signale même la fréquence des ulcérations lupiques sur la base de la langue et sur l'épiglotte. Garri a récemment observé un cas de ce genre. Michelson apporte deux observations nouvelles. Il existait dans les deux cas une infiltration de la cavité buccale et pharyngée, avec ulcérations, fongosités, atrophies cicatricielles.

Les ulcérations avaient un développement lent, progressif surtout en surface; leurs bords n'étaient pas saillants et il n'existait à leur périphérie aucune réaction inflammatoire marquée.

Dans un cas on obtint une cicatrisation partielle, totale dans le second. L'épiglotte était infiltrée et profondément déformée. Les lésions avaient envahi la muqueuse laryngée, mais sans présenter là de tendances ulcéreuses. La réaction douleur était peu marquée. Dans un cas existaient des cicatrices de la face, faisant songer au processus lupique. Les poumons étaient indemnes de tuberculose. L'examen histologique ne montra pas de bacilles (on sait leur rareté dans le lupus), mais des cellules géantes typiques.

Une des malades fut soumise au traitement par la tuberculine de Koch, avec un résultat fâcheux. Extension de l'infiltration, agrandissement des ulcérations, apparition de nouveaux nodules. P. TISSIER.

Digitized by Google

Glossite superficielle de Möller, par P. Michelson. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 46, 17 novembre 1890, p. 1055.)

En 1851, Möller, de Königsberg, décrivit ainsi une affection particulière de la langue. Il se produit sur la langue des excoriations sous forme de taches irrégulières à bords nets, de coloration rouge vif, légèrement saillants, au niveau desquels l'épithélium est tombé ou au moins très aminci. Elles ne sont jamais recouvertes de sécrétions pathologiques, ne se développent jamais en profondeur, ont même peu de tendance à s'étendre en surface, mais par contre sont le plus souvent très tenaces. Elles siègent le plus souvent sur les bords et vers la pointe de la langue; assez fréquemment il en existe de semblables à la partie inférieure de la langue et à la face interne des joues. Il n'en existe pas dans les parties postérieures de la bouche. Ces excoriations déterminent une sensation de brûlure très pénible et une perte presque totale du goût. Les mouvements de la langue pendant la phonation sont quelquefois un peu douloureux.

Les six malades de Möller étaient des femmes.

L'affection décrite par Möller a été peu étudiée et peu d'auteurs actuels en parlent. Michelson en rapporte trois observations.

Le diagnostic est à faire avec la « langue géographique ». Dans cette maladie, il y a aussi rougeur superficielle en plaques de la langue, avec tuméfaction des papilles. Mais l'épithélium à la périphérie des plaques est épaissi, blanc ou légèrement jaunâtre, dessinant un contour irrégulier en spirale ou en cercle; dans la langue géographique, la configuration de la zone limite varie en peu de jours, dessinant une variété de formes qu'on a comparées aux variations du kaléidoscope (Caspary *circulus ou annulus migram*, Barker, Butlin), tandis que les lésions de la glossite superficielle de Möller restent telles pendant des mois. En outre la langue géographique ne détermine aucune douleur et survient parfois chez les enfants.

Schwimmer a décrit comme stade initial de la leucoplasie buccale des taches hypérémiques, mais le psoriasis de la langue affecte presque exclusivement les hommes, la glossite superficielle de Möller les femmes. En outre, à côté des plaques rouges on voit des plaques blanchâtres, la face inférieure de la langue est régulièrement indemne. P. T.

Glossite papuleuse aiguë, par Michelson. (*Berliner. klin. Woch.*, n° 47, p. 1094, 1890.)

Chez un sujet sain, rare prodrome, survient avec un état

Digitized by Google

général fétide une éruption de saillies blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle, sur la surface congestionnée de la langue; éruption accompagnée de vives douleurs; les papules augmentèrent rapidement de volume et avaient doublé en 12 ou 24 heures. L'accroissement continua les jours suivants et s'arrêta lorsqu'il eut atteint environ la taille d'un gros pois, saillant au-dessus du niveau de la muqueuse. Le sommet des papules devint grisâtre et s'exulcéra. Les ulcérations après avoir suppuré guérirent rapidement.

L'évolution des différentes granulations ne fut pas synchrone. Il existait en même temps de la gingivite et de la fétidité de l'haleine.

La localisation exclusive à la langue de l'éruption la différencie des aphtes. En outre ceux-ci ne présentent pas l'évolution observée : formation d'une papule à accroissement rapide, entourée d'une auréole rouge congestive diffuse, et laissant après elle une cicatrice.

Les papules ressemblaient beaucoup à celles qu'on observe dans la variole.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un processus inflammatoire exsudatif siégeant dans le tissu propre de la muqueuse et dans le tissu sous-muqueux sous-jacent, et ayant amené la desquamation de l'épithélium, lésions différentes de celles de la variole. En outre l'absence d'autres signes de variole tranche la question.

Il s'est agi d'une maladie infectieuse (évolutions, symptômes généraux) non déterminée; l'examen bactériologique, ayant montré de nombreux microorganismes variés, analogues à ceux de la bouche normale, ne tranchera pas la question. P. TISSIER.

Quatre cas de paralysie diphtéritique du palais. Guérison par les injections de strychnine, par ROSENZWEIG. (*Therapeut. Monatsh.*, n° 4, 1891, p. 234.)

La guérison est survenue rapidement au bout de trois à huit injections.

La dose de chaque injection était de 0,002 à 0,003 de strychnine.

LICHTWITZ.

Trois cas d'actinomycose chez l'homme, par C. KOCH. (*Munch. med. Woch.*, n°s 12 et 13, 1891.)

C'est la troisième observation qui nous intéresse ici. Il s'agit d'un cas d'actinomycose du sinus maxillaire et surtout de la pa-

Digitized by Google

rotide gauche. L'affection semblait avoir pris son origine dans des racines cariées, et avait amené une suppuration au sinus maxillaire avec carie de ses parois et une suppuration de la parotide au-dessous de l'apophyse zygomatique gauche. Ce n'est que le lendemain de l'incision de la parotide qu'on découvrit les graines d'actinomycose dans la sécrétion de la plaie.

Quelques semaines après il survint de la céphalalgie, du vertige, un ptosis de la paupière droite et un œdème de l'arrière-gorge qui occasionna des troubles de la phonation et de la déglutition.

Ces complications firent penser que l'inflammation avait gagné la base du crâne ou qu'il s'était produit des métastases intracraniennes.

La mort est survenue vers le septième mois de la maladie. L'autopsie n'a pu être faite.

Malgré certaines lacunes qui se trouvent dans l'observation, elle est intéressante à cause de la rareté de cette affection chez l'homme. LICHTWITZ.

Pyorrhoea alveolaris, par le Dr Geist. (*Deustche Monatschr. f. Zahnheilk.*, IV, 1891, analysé in *Deutsche med. Zeit.*, n° 7, 1891.)

La maladie consiste dans la formation de tartre dentaire entre la dent et la gencive qui finit par déchausser la dent.

Les dents prennent un aspect vitreux, les molaires une couleur brune, et entre la dent et la gencive on voit se former du pus. On réussit facilement à l'aide d'un stylet mince à entrer dans l'alvéole.

Le traitement consiste à enlever le tartre et à polir les parties où il était implanté, pour éviter qu'il ne se forme de nouveau sur les parties rugueuses. Puis on entoure l'extracteur de nerf des dentistes avec de l'ouate, on l'imbibe d'une solution de chlorure de zinc de 15 à 20 0/0 et on remonte avec l'instrument ainsi armé au-dessous de la gencive détachée jusqu'à ce qu'on rencontre une résistance. On agit de même pour chaque dent et on renouvelle le procédé tous les deux jours. Au bout de peu de temps on voit les dents se fixer de plus en plus. L. L.

Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow, par Dreessmann. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 5, 1892.)

A propos de l'opinion émise par Mœbius, que l'altération des propriétés de la glande thyroïde soit la cause de la maladie de

Digitized by Google

Basedow, on a essayé souvent pendant ces dernières années de combattre cette maladie par la thyroïdectomie.

L'auteur cite un grand nombre de cas guéris de cette façon, et rapporte d'une manière plus précise deux guérisons qu'il a observées lui-même. Il recommande chaudement le traitement chirurgical de la maladie de Basedow; il laisse pendante la question de savoir laquelle des méthodes est la plus conforme au but, de la ligature des vaisseaux afférents ou de la thyroïdectomie, et recommande comme traitement consécutif le repos complet, le courant galvanique et l'arsenic. FELIX PELTESOHN.

Un cas de maladie de Basedow guérie par une opération nasale, par MUSEHOLD. (*Deutsche med. Woch.*, n° 5, 1892.)

Aux cas remarquables de Hopmann, Hack, B. Fraenkel, Stoker et Semon, l'auteur ajoute un cas personnel de maladie de Basedow guérie par une opération nasale.

Une blanchisseuse, âgée de 45 ans, souffrit, au commencement de la ménopause, de maux de tête et de battements de cœur. Puis il se développa une tumeur de la glande thyroïde, elle souffrit de sueurs profuses et d'un épiphora et d'éblouissements de l'œil droit. Comme le mal de tête, d'après l'indication précise de la malade, débutait à la racine du nez, et qu'il existait dans la fosse nasale droite une hyperplasie de l'extrémité postérieure du cornet inférieur, cette dernière fut réduite par la galvano-caustique. En peu de jours les maux de tête, les troubles oculaires et les battements de cœur disparurent. Au bout de cinq séances de courant continu (t. 2, M. A.), la tumeur commença à diminuer. Le traitement a dû être interrompu par suite de cinq causes accidentelles. Toutefois la glande thyroïde diminua tellement que le tour de cou tomba de 40 centimètres à 36^{cm},5. L'état général est excellent et les divers symptômes ont complètement disparu. FELIX PELTESOHN.

Anatomie pathologique de la maladie de Basedow, par E. MENDEL. (*Deuts. med. Woch.*, n° 5, 1892.)

Contrairement à la grande richesse clinique de la maladie de Basedow, l'anatomie pathologique de cette affection est restée très pauvre. L'auteur ajoute une contribution personnelle à celles qui résultent des recherches communes d'Eulenburg et de Guttmann et neuf autres depuis.

Un professeur, âgé de 48 ans, présente les symptômes classiques de la maladie de Basedow ; il se rétablit par une saison

Digitized by Google

aux eaux de Cudowa et par l'usage copieux du lait; finalement il est atteint d'une pleurésie et il meurt.

La moelle, l'écorce du cerveau, les ganglions du cerveau, le cervelet, le sympathique, le vague, paraissent absolument normaux. Par contre, on remarquait une inégalité des deux corps restiformes, qui s'étendait à toute la coupe de la moelle allongée. En le comparant avec celui de l'autre côté ou avec celui d'un cerveau normal, le corps restiforme gauche paraissait atrophié. L'examen microscopique ne révéla, outre le prolapsus des fibres, aucunes modifications essentielles. Les cordons grêles et cunéiformes n'étaient également pas modifiés. Du côté droit il existait de plus une atrophie réelle du faisceau solitaire. De même ici on pouvait reconnaître distinctement le prolapsus des fibres. On n'observait de modification ni du noyau du vague accessoire ni de celui du glosso-pharyngien. La glande thyroïde a des glandes vésiculaires normales.

A côté du fait intéressant que le sympathique, dans ce cas, était complètement intact, l'état du corps restiforme mérite une grande attention, parce que, il y a plusieurs années, Filehne, Durdufe et Bienfait, en le sectionnant, avaient provoqué chez certains animaux les symptômes principaux de la maladie de Basedow. Tandis qu'il n'est pas très facile d'expliquer par le prolapsus la fonction du corps restiforme les symptômes de la maladie de Basedow, l'atrophie du *faisceau solitaire* paraît plus remarquable par son rapport connue avec le noyau du vague.

En tout cas, ces modifications positives du système nerveux central devraient ébranler les théories de la maladie de Basedow, sur une névrose du sympathique modifiant les fonctions de la glande thyroïde. Elles devraient aussi engager à modérer toute intervention chirurgicale sur la glande thyroïde et le nez dont l'absence fréquente de toute lésion montre qu'ils sont souvent étrangers à la maladie de Basedow. FELIX PELTESOHN.

Contribution à la physiologie du labyrinthe d'après des expériences sur les sourds-muets, par le Dr Aloys Kreidl. (*Beiträge zur physiologie de Ohrlabyrints auf Grund von versuchen en Taubstummen. Pflüger's Archiv. 51.* Bd. 1 et 2 Heft.)

1. — Les expériences de Mach et Breuer firent adopter, pour les fonctions des canaux semi circulaires, la théorie suivante : Au début et au moment de l'arrêt d'un mouvement de rotation de la tête, il se produit un certain déplacement de l'endolymphe le

Digitized by Google

long des parois des canaux ; ce déplacement cause nécessairement une incurvation des filets nerveux fixés à la paroi de l'ampoule terminale ; les trois ampoules appartenant à des canaux situés dans trois plans de l'espace, enregistrent des impressions caractéristiques pour le sens de la rotation. Dans les mouvements ordinaires (courts et brusques) de la tête, le choc reçu par l'endolymphe est suivi aussitôt d'un choc en retour, qui redresse les filets nerveux incurvés; quand ce choc en retour fait défaut, les filets reviennent à leur position normale plus lentement, en vertu de leur élasticité, et pendant la durée de ce mouvement nous avons la notion d'un déplacement extérieur.

Cette théorie séduisante est combattue par les auristes Lucae, Baginsky, Kiesselbach, par les physiologistes Steiner, Prujer et Schäfer. Les deux derniers attribuent aux ampoules la perception de *la direction du son.* James, en 1883 (*American Journal of Otology*) a cherché si l'altération si fréquente des canaux semi circulaires chez les sourds-muets influait sur leurs dispositions au vertige.

Sur 519 sourds-muets, 186 n'éprouvaient pas de vertige, tandis que sur 200 sujets normaux, un seul n'avait pas ce phénomène.

Kreidl reprit ces expériences passibles de certaines objections et les modifia en faisant le raisonnement suivant : Les mouvements rapides du corps autour de son axe longitudinal provoquent des secousses réflexes, brusques et rhytmiques des globes oculaires ; il est facile de vérifier ce fait en appliquant les doigts contre les paupières; les pigeons et les lapins agitent la tête tout entière lorsqu'on les tourne autour de l'axe vertical de leur corps. Si les canaux semi circulaires ne fonctionnent pas, les mouvements du bulbe oculaire doivent faire défaut pendant la rotation. Kreidl examina donc, au point de vue du réflexe oculaire, 109 sourds-muets en se plaçant, avec son sujet, sur un siège tournant; le réflexe oculaire fut trouvé absent dans 50 0/0 des cas. Ce résultat concorde parfaitement avec les études anatomo-pathologiques de Mygind qui trouva chez 56 0/0 de sourds-muets des canaux semi circulaires altérés. Chez 50 personnes normales examinées de la même façon, le réflexe bulbaire ne manqua qu'une fois. Kreidl en conclut que :

1° Les mouvements de compensation des bulbes oculaires en rapport avec la rotation de la tête et du corps se trouvent sous la dépendance des canaux semi circulaires.

Digitized by Google

2° Les canaux semi-circulaires sont en effet les organes de perception des mouvements de rotation du corps et de la tête ;

II. — Suivant Breuer, les otolithes serviraient à la notion de la direction de notre corps. Ainsi le corps étant vertical, son déplacement dans un plan horizontal mais par force centrifuge, se traduira par incurvation des fibrilles nerveuses et des otolithes, tout comme dans l'inclinaison de la tête ; aussi les maisons et les tours nous paraissent-elles penchées lorsque nous allons sur une ligne courbe de chemin de fer. Il en est ainsi toutes les fois que nos otolithes sont soumis en dehors de la pesanteur à une force centrifuge ; nous avons des sensations erronées quant à l'axe vertical de notre corps, comme par exemple dans un carrousel.

Les personnes dépourvues d'otolithes ne sont pas sujettes à cette erreur; en effet, chez 71 sujets normaux, l'illusion existait constamment; sur 62 sourds-muets, par contre, 13 gardèrent la notion de leur axe vertical ; les mêmes sourds-muets ne présentaient pas de réflexe oculaire. Il faudrait consulter l'original pour les détails des ingénieuses expériences qui tendent à établir que l'appareil vestibulaire serait destiné à la perception des déplacements rectilignes.

III. — Tous ces faits conduisent à soupçonner chez les sourds-muets une certaine maladresse pour les mouvements du corps qui exigent beaucoup d'équilibre ; en effet, les sourds-muets dépourvus de réflexe bulbaire ne savaient se tenir sur une jambe les yeux clos, ce qu'ils faisaient les yeux ouverts; il en était de même pour la marche qui devenait vacillante.

L'auteur adopte donc absolument les idées de Goltz, Mach et Breuer et accepte la dénomination de sens statique qu'ils ont donnée à ce groupe de perceptions. Dr F. PELTESOHN.

(*Traduction de M. N. W.*)

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

FRANCE

Larynx et Trachée.

Un cas de mutisme hystérique, par E. Peyrissac. (*Ann. de la Polyclinique de Bordeaux*, juillet 1890.)

Tumeurs condylomateuses du larynx (papillomes syphilitiques), par L. Lacoarret. (*Ann. de la Polyclinique de Bordeaux*, juillet 1891.)

Digitized by Google

Deux cas de polypes du larynx à répétition. Myxome fibro-sarcôme, par R. Arnaud. (*Ann. de la Polyclinique de Bordeaux*, juillet 1890.)

Gomme du larynx déterminant l'asphyxie Traitement par les injections sous-cutanées du peptonate de mercure. Guérison, par Polo. (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 septembre 1890.)

Fracture du larynx, par U. Clarac. (*Gaz. des hôp.*, 23 septembre 1890.)

Croup et trachéotomie, par Wins. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 1er octobre 1890.)

Abcès rétro-laryngé aigu à pneumocoques, compliqué de pneumonie, par Josserand. (*Province méd.*, 16 août 1890.)

L'épithélium de la trachée et des bronches chez un supplicié, par L. Baraban. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 septembre 1890.)

Quelques mots sur les recherches de Nicaise sur la physiologie de la trachée et des bronches, par Brown-Séquard. (*Arch. de physiol.*, n° 3, 1890.)

Sur la question du nerf laryngé moyen, par Onodi. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 octobre 1890.)

Syphilis des voies aériennes supérieures, par Schrœtter. (*Mercredi méd.*, 22 octobre 1890, et *Arch. de laryng. et rhinol.*, octobre 1890.)

Contribution à la pathologie et au traitement de la laryngite hypertrophique chronique sous-glottique, par A. Sokolowski. (*Arch. de laryng. et rhinol.*, octobre 1890.)

Un cas de grippe laryngée, par Chobaut. (*Lyon méd.*, 26 octobre 1890.)

Contribution à l'étude du mutisme chez les aliénés, par Moret. (*Thèse de Paris*, novembre 1890.)

Phlegmon infectieux du larynx et du pharynx (abcès rétro-laryngé primitif), par P. Merklen. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris*, 13 novembre 1890.)

Corps etrangers des voies aériennes chez l'enfant, par L. d'Astros. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, novembre 1890.)

Statistique de la clinique du Dr C. Fauvel, par C. Fauvel et E. Saint-Hilaire. (*Journ. de méd. de Paris*, 16 novembre 1890.)

Contribution à l'étude des myxomes du larynx, par Thiébault. (*Thèse de Paris*, novembre 1890.)

Indications thérapeutiques et techniques du tubage du larynx, par H. Gillet. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 26 novembre 1890.)

Dysphagie tuberculeuse, palatine et laryngée guérie par des applications de menthol, par Rougier. (*Bull. méd du Dispensaire gén. de Lyon*, novembre 1890.)

Du mutisme et du bégaiement hystériques ; leçon de Pitres recueillie par E. Bitot. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er décembre 1890.)

Recherches expérimentales sur les paralysies du larynx, par Onodi. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er décembre 1890.)

Quelques réflexions sur un cas de tumeur maligne du larynx, par Narlys. (*Gaz. méd. d'Orient, Constantinople*, p. 52 ; 1890.)

Lésions du larynx constatées à l'autopsie d'un individu ayant succombé à des brûlures du deuxième et du troisième degrés, huit heures après l'accident, par Damourette. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 18 ; octobre-novembre 1890.)

Le remède de Koch dans la tuberculose laryngée, par J. Baratoux. (*Progrès méd.*, 13 décembre 1890.)

De l'intubation du larynx dans les sténoses syphilitiques aiguës et chroniques, pouvant remplacer la trachéotomie et la méthode de Schroetter, par G.-M. Lefforts. (*Arch. de laryngol., rhinol., etc.*, decembre 1890.)

Des formes larvées de la tuberculose laryngée, par A. Sokolowski. (*Arch. de laryng., rhinol., etc.*, décembre 1890.)

Du chloroforme dans la trachéotomie, par P. Geffrier. (*Rev. de chir.*, décembre 1890.)

Effets de la pression atmosphérique sur la trachée après la trachéotomie, par Girod. (*Pratique méd.*, 23 décembre 1890.)

Digitized by Google

De la pachydermie du larynx et particulièrement du pli inter-aryténoïdien, par O. Chiari. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er janvier 1891.)

De la laryngectomie, par Mongour. (*Thèse de Bordeaux*, décembre 1890.)

Les corps étrangers du larynx et de la trachée chez l'enfant, par A.-F. Plicque. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janvier 1891.)

Intubation du larynx dans le croup (statistique de 68 cas traités par cette méthode), par Jacques. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janvier 1891).

De quelques usages de l'antipyrine dans les affections du larynx, par G. Coupard et E. Saint-Hilaire. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 janvier 1891.)

La laryngotomie chez l'adulte, par Hélie. (*Thèse de Paris*, février 1891.)

Sur la pachydermie laryngée, par Brebion. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er février 1891.)

Deux cas d'adénopathie trachéo-bronchique avec hémoptysies foudroyantes, par A. Aldibert. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, février 1891.)

Injections trachéales de sérum de chien, par E. Saint-Hilaire et G. Coupard. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biologie de Paris*, 13 février 1891.)

L'examen de la paroi postérieure du larynx, par G. Killian. (*Arch. de laryng., otol. et rhinol.*, février 1891.)

Dilatation forcée de la glotte dans le croup, par Renou (*Bull. de la Soc. de méd. d'Angers*, 2e semestre; 1890.)

Aphonie nerveuse, datant de quatre semaines, guérie par la suggestion pendant le sommeil hypnotique, par E. Müller. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er février 1891.)

Suites éloignées du croup et de la trachéotomie, par A.-F. Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 19 février 1891.)

De l'emploi du remède de Koch dans la tuberculose, par B. Fraenkel. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er mars 1891.)

Deux cas de syphilis laryngée, par A. Gouguenheim. (*Gaz. des hôp.*, 5 mars 1891.)

Contribution à l'étude de l'aphasie motrice sous-corticale et de la localisation cérébrale des centres laryngés (muscles phonateurs), par J. Dejerine. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 16 mars 1891.)

Les laryngites typhiques, par M. Peter. (*Union méd.*, 10 mars 1891.)

La lymphe de Koch dans le traitement de la tuberculose, par J. Charazac. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 mars 1891.)

Traitement d'un accès de laryngite striduleuse, par H. Gillet. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 18 mars 1891.)

De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers des voies aériennes, par E. Schwartz. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 25 mars 1891.)

Recherches sur le traitement des maladies du larynx par la cantharidate de potasse, par P. Heymann. (*Arch. de laryng., rhinol. et otol.*, n° 2, 1891.)

De la thyrotomie dans le cancer du larynx, par E.-J. Moure. (*Congrès franç. de chir.*, séance du 1er avril 1891; *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er novembre 1891.)

Corps étranger de la trachée chez un enfant d'un an; trachéotomie; difficulté d'enlèvement de la canule, par Constantin. (*Soc. d'anat. et physiol.; Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er février 1891.)

Abcès du mediastin consécutif à la trachéotomie, par Fromaget. (*Soc. d'anat. et physiol.; Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 février 1891.)

Sur le rôle du muscle thyro-aryténoïdien, par A. Hubert. (*Acad. des Sciences*, séance du 6 avril; Paris, 1891.)

Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales, par Lennox-Browne; traduit et annoté par D. Aigre; préface de A. Gouguenheim. (Un vol. de 654 pages avec 2 planches en couleur et 241 figures intercalées dans le texte. J.-B. Baillière, éditeur; Paris, 1891.)

Digitized by Google

Dilatation anévrysmatique de la crosse aortique. Pas de souffle. Dyspnée continue, cornage. Accès de suffocation. Crises sudorales. Hémoptysie fractionnée de plusieurs jours de durée. Mort. Dilatation considérable de toute la partie initiale de l'aorte. Compression de la trachée. Altération du pneumo-gastrique gauche. Fistule aortico-trachéale, par J. Thiroloix. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 8; mars 1891.)

La forme et le calibre physiologiques de la trachée, par Lejars. (*Rev. de chir.*, 10 avril 1891.)

Contribution à l'étude du traitement de quelques affections du larynx. par Letanneur. (*Thèse de Paris*, mai 1891.)

De l'action de la glotte dans le chant, par T.-R. French. (*Rev. de laryng., otol. et rhin.*, 1er et 15 mai 1891.)

A propos du centre cortical moteur laryngé de Garel, par L. Dor. (*Province méd.*, n° 12; 1891.)

Intubation du larynx chez les adultes, par F. Massei. (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, session de mai 1891; in *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, juillet 1891.)

I. Nouvelle pince laryngienne antéro-postérieure. — II. De la pilocarpine dans un cas grave d'œdème de la glotte, par F. Suarez de Mendoza. (*Soc. franç. d'otol. et laryngol.*, mai 1891; in *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er et 15 août 1891.)

Disparition spontanée du papillome chez l'enfant, par J. Garel. (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, session de mai 1891.)

Arthrites aiguës de l'articulation crico-aryténoïdienne, par Lacoarret. (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, séance du 4 mai; in *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er et 15 juin et 1er juillet 1891.)

Symptomatologie d'un abcès de la paroi postérieure de la trachée. Trachéotomie Autopsie, par Jacobs. (*Paris méd.*, 16 mai 1891.)

Aphasie sensorielle consécutive à un enfoncement traumatique de la voûte cranienne. Trépanation. Guérison, par Rey et Chalançon. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1er mai 1891.)

Traitement des kystes séreux de l'épiglotte, par V. Raulin. (*Comité de méd. des Bouches-du-Rhône*, mars 1891; in *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 20 mai 1891.)

Travaux récents sur l'iodisme. Accidents laryngés. Traitement de l'intoxication iodique, par P. Tissier. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 20 mai 1891.)

Contribution à l'étude des aphasies, par Bernheim. (*Rev. de méd.*, 10 mai 1891.)

Corps étranger de la trachée par Montaz. Rapport par Routier. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 20 mai 1891.)

Erysipèle blanc de la face chez un brightique mort par œdème de la glotte en vingt heures, par Vergely. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 34; 1891.)

Carcinome du larynx et paralysie de la corde vocale droite, par Lavrand. (*Soc. des Sciences méd. de Lille*, 24 avril 1891.)

Quelques considérations sur le mutisme hystérique, par Biolet. (*Thèse de Paris*, juin 1891.)

Un cas de parésie laryngienne consécutive à l'influenza, par M. Cazaux. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 10 juin 1891.)

Aphonies et enrouements, par P. Raugé. (Brochure de 105 pages; imprimerie savoisienne: Chambéry, 1891.)

Corps étranger fixé dans le larynx depuis un mois; extirpation par la laryngotomie; guérison, par Ch. Périer. (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 9 juin; in *Mercredi méd.*, 17 juin 1891.)

Quelques considérations sur le cancer primitif du larynx, par Hennequin. (*Thèse de Montpellier*, 1891.)

Corps étranger des voies aériennes, par J. de Castro-Lopo. (*Médecine moderne*, 9 juillet 1891.)

Digitized by Google

Bulletins et Mémoires de la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris. (E. Lecrosnier et Babé, éditeurs; Paris, 1891.)

Paralysie double des crico-aryténoïdiens postérieurs dans un cas d'anévrisme de l'aorte, par A. Cartaz. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, juillet-août 1891.)

La tuberculine dans la tuberculose laryngée, par Moritz Schmidt. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, juillet-août 1891.)

Contribution à l'étude de la syphilis des poumons et du larynx, par Roubleff. (*Thèse de Paris*, juillet 1891.)

Contribution à l'étude des abcès retro-laryngés primitifs, par Mandseltamm. (*Thèse de Paris*, juillet 1891.)

Physiologie de la voix. Dilatation de la trachée chez les chanteurs, par Nicaise. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 28 juillet; *Rev. de médecine*, 10 août 1891.)

Sur le rôle du muscle aryténoïdien dans la phonation, par Imbert. (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 13 juin 1891.)

Étude de la phonation par la chronophotographie, par Demeny. (*Acad. des Sciences*, seance du 27 juillet; Paris, 1891.)

Deux observations de sangsues implantées dans le larynx au-dessous des cordes vocales, par Martin. (*Arch. de méd. et pharmacol. milit.*, août 1891.)

Contribution à l'étude de la technique de la trachéotomie dans le croup, par Cornet. (*Thèse de Toulouse*, 1891.)

De la trachéotomie dans le croup; ses indications et ses accidents, par de Grailly. (*Thèse de Toulouse*, 1891.)

Un cas de mutisme hystérique, par D. Critzman. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 5 septembre 1891.)

Démonstration des propriétés anesthésiques locales de l'antipyrine. De son emploi dans certaines affections de la gorge et du larynx, par E. Saint-Hilaire. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, septembre-octobre 1891.)

Cas d'aphonie hystérique, par Hicguet. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 septembre 1891.)

Traitement de la laryngite chronique, par Ragoneau. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 septembre 1891.)

Sténose de la trachée et du larynx par compression, par Schiffers. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er octobre 1891.)

Corps étranger de la trachée, par Sérullaz. (*Lyon méd.*, 11 octobre 1891.)

De la toux nerveuse, par P. Raugé. (*Bull. med.*, 13 et 16 septembre 1891.)

De la paralysie hystérique des dilatateurs de la glotte, par Dufour. (*Thèse de Montpellier*, 1891.)

Mon expérience sur l'intubation d'après O'Dwyer, par Moll. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 octobre 1891.)

Recherches expérimentales sur les fractures du cartilage cricoïde. Applications au mécanisme de la mort dans ces fractures et au traitement, par Zilgien. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 17 octobre 1891.)

Observation de sangsue dans la trachée, par C. Aubert. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1er octobre 1891.)

Hystérie. Spasme laryngé avec asphyxie. Trachéotomie, par Muselier. (*Gaz. méd. de Paris*, 31 octobre 1891.)

Trois observations de laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par E. Schwartz. (*Arch. intern. de laryng., rhinol. et otol.*, novembre-décembre 1891.)

Mutisme hystérique avec agraphie, par R. Lépine. (*Rev. de méd.*, 10 octobre 1891.)

Un cas d'adénome du larynx, par E. Schmiegelow. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 novembre 1891.)

Digitized by Google

Laryngites catarrhales produites par l'usage de la bicyclette, du tricycle, etc., par Ragoneau. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 novembre 1891.)

Inhalations de menthol dans la trachéite, par Lubet-Barbon. (*Soc. laryng., otol. et rhinol. de Paris*, séance du 5 novembre 1891.)

Observation d'un cas de fractures des cartilages thyroïde, cricoïde et de la trachée. Mort, par Zielgien. (*Rev. med. de l'Est*, 15 novembre 1891.)

I. Deux cas de corps étrangers de la gorge. — II. Quelques cas de tuberculose laryngée traitée par le cantharidate de potasse, par J. Charazac. (*Ann. de la Polyclinique de Toulouse*, novembre 1891.)

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par E. Nicaise. (*Rev. de chir.*, 10 novembre 1891.)

Observations démontrant l'influence de la menstruation sur les affections laryngées, par L. Bayer. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er décembre 1891.)

Recherches sur l'inhibition de la sensibilité aux causes de douleur sous l'influence d'une irritation de la muqueuse laryngée par l'acide carbonique, par Brown-Séquard. (*Arch. de physiol.*, octobre 1891.)

Adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique, par Artigalas. (*Languedoc méd.*, 6 novembre 1891.)

Sur une laryngite striduleuse guérie par la dilatation forcée du larynx, par C. Paul. (*Soc. de thérap.*, séance du 9 décembre 1891.)

Un cas de croup d'emblée. Conférence de J. Simon recueillie par A.-F Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 15 décembre 1891.)

De la trachéotomie préventive avec tamponnement du pharynx dans les opérations intéressant la bouche et la cavité pharyngienne, par Civel. (*Thèse de Paris*, décembre 1891.)

Cours cliniques de laryngologie et de rhinologie de l'hôpital Lariboisière. Technique laryngoscopique, par A. Gouguenheim. (*Ann. méd. scient. et prat.*, 6 janvier 1892.)

Accidents laryngés dus à l'expulsion de lombrics, par L. Divet. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 9 janvier 1892.)

Observation pour servir à l'étude de la sténose laryngée névropathique, par A. Ruault. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, janvier-février 1892.)

Un cas de phonation intervertie, par Raulin. (*Marseille méd.*, 1er janvier 1892.)

Traitement de la tuberculose du larynx, par A. Gouguenheim. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 10 février 1892.)

Dilatateur du larynx à branches s'écartant parallèlement, par C. Paul. (*Soc. de thérap. de Paris*, séance du 10 février 1892.)

Chorée du larynx, par Furundarena-Labat. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 février 1892.)

Cancer du larynx, par Rougier. (*Comité méd. du Disp. gén. de Lyon*, séance du 3 décembre 1891; *Bull. méd. du Disp. de Lyon*, février 1892.)

Le traitement de la laryngite tuberculeuse en 1892, par F. Roux. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 17 février 1892.)

Le traitement de la phthisie laryngée dans les cliniques de Vienne, par E. Kraus. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 17 février 1892.)

Du traitement de certaines formes de laryngite chronique (non tuberculeuse) par l'emploi local du naphtol camphré, associé ou non au grattage ou au curettage, par P. Tissier. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 17 février 1892.)

Digitized by Google

NOUVELLES

Le *XIe Congrès international de médecine* se réunira à *Rome* au mois de *septembre* 1893, sous la *présidence* de M. le professeur G. Baccelli; *secrétaire général*, M. le professeur E. Maragliano, de Gênes; *trésorier*, M. le professeur Pagliani, directeur de la santé publique du royaume; *administrateur :* M. Ferrando, chef de division au Ministère de l'instruction publique.

On a procédé à l'élection des comités organisateurs des XIV sections suivantes : I. Anatomie. II. Physiologie. III. Médecine clinique. IV. Gynecologie. V. Pathologie générale et anatomie pathologique. VI. Pharmacologie. VII. Chirurgie et orthopédie. VIII. Psychiatrie et neuropathologie. IX. Ophtalmologie. X. Dermosyphilopathie. XI. Médecine légale. XII. Hygiène. XIII. Laryngologie et otologie. XIV. Médecine et chirurgie.

Le Comité central a également élu les comités étrangers.

Le *Bollettino delle malattie dell' orecchio, gola e naso* annonce que le *Ve Congrès international d'otologie* se tiendra à *Florence* huit jours avant l'ouverture du Congrès de Rome, c'est-à-dire en septembre 1893.

Les professeurs Bürkner (Gottingen), Kessel (Iéna), Kuhn (Strasbourg), Lucae (Berlin), Moos (Heidelberg), et Walb (Bonn) se sont réunis pour fonder une *Société d'otologie ;* ils invitent les otologistes de l'Allemagne, de l'Autriche-Hongrie et de la Suisse allemande à vouloir bien se joindre à eux. La première réunion siégera à Francfort-sur-Mein du 16 au 18 avril prochain.

Nous lisons dans la *Wiener Klinische Wochenschrift* que le Dr W. Cash. Bull a été nommé professeur d'otologie au St-George's Hospital de Londres.

Parmi les communications annoncées pour le *IIe Congrès international de dermatologie* qui se réunira à Vienne au mois de septembre prochain, nous relevons les suivantes :

Pemphigus du larynx, par O. Chiari. Syphilis de la muqueuse nasale, par Stœrk.

Digitized by Google

Le Comité constitué pour l'érection à Paris d'une statue à Théophraste Renaudot, *fondateur du journalisme, des monts-de-piété, de la publicité commerciale, créateur des consultations charitables et de l'assistance publique à domicile*, a décidé d'ouvrir une souscription et il a fait appel à *tous les journaux* et aux diverses institutions dues à l'initiative de Renaudot. L'exécution du monument a été confiée au sculpteur Alfred Boucher, médaille d'honneur du dernier Salon. Adresser les souscriptions à M. Delabre, 14, rue de Beaune.

Le Comité a choisi comme *secrétaire général* le Dr Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune; *secrétaire adjoint*, Dr M. Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain.

Vin de Chassaing. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

Grains de Céber. Poudre Manuel. Granules ferro-sulfureuses Thomas.

ERRATA

Dans le numero de *mars* lire, *page* 225, *ligne* 5, au lieu de 5, 1.5 *ligne* 9, *ostéite* au lieu d'otite ; *ligne* 24, au lieu de l'auteur, l'*auteur de l'analyse ; ligne* 2 en partant du bas de la page, lire l'*auteur de l'analyse* au lieu de Lichtenberg ; *page* 226, ligne 4, lire au lieu de l'auteur l'*auteur de l'analyse*.

Digitized by Google

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Wesen und Werth der Liebreich'schen Serumtherapie (Nature et valeur du traitement de Liebreich par le sérum, par A. Hennig. (Un volume de 96 pages, avec 9 gravures sur bois, 2 courbes de température et une courbe d'albumine. — Prix : 3 m. 60. A. Langkammer, éditeur. Leipzig, 1892.)

Apparecchio d'intubazione laringea per bambini ed adulti, modificato dal Dott. F. Egidi. Sessanta intubazioni della laringe per crup come contributo alla statistica, par F. Egidi. (Extrait du *Boll. delle mal. dell' Orecchio, della gola e del naso*, n° 1, 1892.)

Observations démontrant l'influence de la menstruation sur les affections laryngiennes, par L. Bayer. (Extrait de la *Rev. de lar., otol. et rhin.*, n° 23, 1891.)

Ein Fall von Bewusstlosigkeit nach Korpererschütterung ; Rückkehr des Bewusstseins nach Lufteintreibung ins Mittelohr (Un cas de perte de connaissance à la suite d'une chute ; retour de la connaissance après une insufflation d'air dans l'oreille moyenne, par Bayer. (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch.*, n° 24, 1891.)

Subglottic Neoplasms (Néoplasmes sous-glottiques, par J. Wright. (Extrait du *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 26 septembre 1891.)

Nasal papillomata, par J. Wright. (Extrait du *N. Y. med. Journ.* 26 décembre 1891.)

A case of primary lupus of the pharynx, par J. Wright. (Extrait du *Medical News*, 9 janvier 1892.)

On the use of creosote in the treatment of pulmonary phthisis, par Beverley Robinson. (Extrait du *N. Y. med. Record*, 27 février 1892.)

Società italiana di laringologia, di otologia e di rinologia. Statutoe regolamento. (Tipog. cooperativa, Florence 1891.)

Eine seltene Erkrankung des Labyrinthes wahrscheinlich durch die Scharlach affection des kindes entstanden (Une affection labyrinthique rare provenant probablement de la scarlatine d'un enfant), par E. Baumgarten. (Tirage à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, Band XXII.)

Digitized by Google

Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes (Formes très rares de périchondrite du larynx), par E. Baumgarten. (Tirage à part de la *Wiener med. Wochens.*, n° 7, 1892.)

Seltenere Neurosen und Reflexneurosen des Ohres, der Nase und des Rachens (Névroses et névroses réflexes très rares de l'oreille, du nez et du pharynx), par E. Baumgarten. (Tirage à part du *Monatschrift f. Orenh.*, n° 9, 1891.)

Rachen und Kehlkopferkrankungen im zusammenhange mit Menstruationsanomalien (Affections du pharynx et du larynx en rapport avec des anomalies de la menstruation), par E. Baumgarten. (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch.*, n° 9, 1892.)

Le rôle du muscle thyro-aryténoïdien dans la phonation, déduit du mode de vibration des membranes, par A. Imbert. (Extrait du *Nouveau Montpellier médical*, 1er mars 1892.)

Fourteenth annual Report of the Presbyterian Eye, Ear and Throat Charity Hospital. (Guggenheimer, Weel and Cº, éditeurs, Baltimore, 1892.)

Transactions of the American Otological Society (Comptes rendus de la Société d'otologie américaine, 24e réunion annuelle, Arlington house, Washington 22 septembre 1891). (Imprimerie *Mercury Publishing Company*. New Bedford, 1892.)

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 56.4.92.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DE L'OUVERTURE DE L'APOPHYSE MASTOIDE DANS LES CAS D'OTITES MOYENNES AIGUES SURVENANT A LA SUITE DE L'INFLUENZA.

Par le Professeur **ADAM POLITZER**

La fréquence des inflammations de l'oreille moyenne, au cours des deux dernières épidémies d'influenza, est un fait connu; et les spécialistes, qui surtout ont eu l'occasion de s'occuper de ce sujet, ont certainement observé tous les degrés de l'otite moyenne grippale, depuis le catarrhe le plus léger jusqu'à l'inflammation suppurée la plus intense. Dans la présente étude, je me bornerai à la description des cas d'otite grippale qui se compliquaient d'abcès de l'apophyse mastoïde, et qui, par l'apparition rapide de symptômes menaçants, en exigeaient l'ouverture d'urgence. Cette intervention s'imposait dans le cas actuel beaucoup plus souvent qu'au cours des otites moyennes aiguës protopathiques.

Avant de passer à la description des symptômes et de l'évolution clinique des abcès mastoïdiens engendrés par l'influenza, je désire attirer l'attention sur quelques variétés anatomiques normales de la structure de l'apophyse mastoïde; leur connaissance a une importance considérable, autant pour déterminer la localisation de l'abcès que pour tracer les règles de l'intervention.

La caisse du tympan communique, on le sait, à sa partie postérieure, avec une cavité de 4 à 5 millimètres de dia-

Digitized by Google

mètre, occupant le segment supérieur de l'apophyse : l'*antre mastoïdien*. La portion osseuse verticale, située au-dessous de ce dernier, et qui forme, à proprement parler, l'apophyse mastoïde, présente, d'après Zuckerkandl, des dispositions intérieures sujettes à de grandes variations. Dans une première variété (36 à 40 0/0 des cas, en moyenne), on rencontre en son intérieur, de nombreuses cellules aériennes, plus ou moins grandes, situées à un niveau plus ou moins élevé (*processus mastoïdeus pneumaticus*). Ces cavités communiquent entre elles, et avec l'antre mastoïdien; mais, — et ceci est un fait dont je tiens à faire ressortir toute l'importance dans la genèse de l'abcès — ces voies de communication sont souvent si étroites, qu'à peine y peut-on faire pénétrer la plus fine aiguille.

Dans une seconde variété (20 0/0 des cas en moyenne), on observe la conformation dite *processus mastoïdeus diploëticus;* ici, l'antre mastoïdien demeure le même que tout à l'heure, mais autour de lui, il n'y a pas de cellules aériennes; il est entouré de substance osseuse spongieuse assez semblable au diploé des os du crâne, et composé de cavités contenant des vaisseaux et du tissu adipeux. Chez certains individus même (comme le montrent les préparations que j'ai présentées), toute l'apophyse ne forme qu'un tout compact, une masse éburnée.

Dans une dernière variété (40 à 50 0/0 des cas), on trouve des apophyses qui ne sont qu'un mélange de ces diverses formes : cavité aérienne, substance diploétique s'entremêlent, occupant surtout le segment antéro-supérieur de cette région osseuse.

Or, l'expérience démontre que, dans la majorité des cas, les abcès dus à l'influenza se développent dans les apophyses mastoïdes à type pneumatique, et cela parce que les conduits étroits par lesquels les cellules aériennes communiquent avec l'antre mastoïdien sont bouchés par le gonflement de la muqueuse, qui les tapisse, d'où résulte une rétention du pus dans leur intérieur. Je dois toutefois faire ici remarquer que la présence de pus dans les cellules apophysaires n'indique pas nécessairement l'existence d'un

Digitized by Google

abcès osseux. Dans tous les cas d'otite moyenne suppurée, dans lesquels il n'existait pendant la vie aucune trace d'inflammation de l'apophyse mastoïde, ni douleurs spontanées, ni sensibilité à la pression, et où l'autopsie a été faite, on a constamment trouvé du pus dans les cellules mastoïdiennes. Cela se conçoit aisément, si l'on réfléchit que chaque fois qu'une suppuration a lieu dans la caisse du tympan, la pesanteur fait pénétrer le pus dans l'apophyse pendant le décubitus dorsal du malade.

D'ailleurs, une inflammation de la cavité tympanique gagnant par continuité le revêtement muqueux de cellules mastoïdiennes, pourra amener la formation du pus dans l'intérieur de celles-ci. Mais tant que durera la libre communication entre elles, l'antre et la caisse, et que le pus pourra librement s'écouler par la membrane du tympan perforée, on ne verra pas se développer les symptômes caractéristiques de la mastoïdite.

Cependant, d'après les observations faites sur les individus opérés, il peut se montrer parfois, quoique très rarement, des abcès dans les apophyses à type diploétique; toutefois, dans ce cas, les cavités suppurantes sont beaucoup plus petites que dans le type pneumatique.

Quant aux apophyses mastoïdiennes compactes, leur structure éburnée exclut toute possibilité de suppuration dans leur intérieur.

En somme, au point de vue opératoire, il est surtout important de savoir que les abcès ont leur siège *dans le segment moyen ou inférieur de la partie verticale de l'apophyse, notamment dans les cellules superficielles situées sous la couche corticale.*

Passons maintenant à la description des symptômes qui permettent de reconnaître l'existence des abcès apophysaires, mais non sans avoir d'abord insisté sur le point suivant : que tandis que l'abcès mastoïdien, consécutif à l'otite moyenne protopathique, est susceptible de résolution spontanée, avec résorption du pus épanché dans les cellules, la mastoïdite grippale, au contraire, est peu sujette à une pareille terminaison; le pus semble ici avoir une action

Digitized by Google

destructive sur le tissu qui l'environne, et amène presque fatalement la carie de l'apophyse.

La symptomatologie des abcès mastoïdiens varie suivant la période à laquelle le malade est observé. Ce n'est que très rarement que le spécialiste a l'occasion de constater le mal à son début. D'ordinaire, dans la majorité des cas même, nous ne voyons le patient que quand la perforation du tympan est déjà effectuée.

Les symptômes qui précèdent la perforation sont ceux d'une inflammation suppurée banale de la caisse, avec rougeurs et gonflement de la membrane tympanique, et coloration jaunâtre limitée à son segment postérieur. En même temps se produisent des douleurs lancinantes dans l'oreille et au niveau de l'apophyse, douleurs souvent faibles au début, mais qui ne tardent pas à devenir plus intenses, et s'irradient dans diverses directions, vers le crâne, l'occiput, les dents ou même l'épaule. En même temps, il existe habituellement, à la pointe et à la partie moyenne de l'apophyse, une vive sensibilité à la pression et à la percussion; et tandis qu'au début les douleurs étaient très mobiles, plus tard cette sensibilité, en se localisant en un point déterminé, indique la formation de l'abcès; le plus souvent donc, mais non toujours, le siège de cette sensibilité, à la pression, correspond à celui de la collection purulente. Il y a élévation notable de la température locale du côté malade. La température générale, surtout dans les formes aiguës, peut au début osciller entre 37°,5 et 39°,5; rarement elle atteint 40°. Cette hyperthermie peut cependant manquer; et j'ai notamment vu des cas où la suppuration apophysaire avait lieu sans que le thermomètre dépassât beaucoup 37°.

La formation de l'abcès mastoïdien se révèle assez souvent par des symptômes objectifs nets. La membrane du tympan subit un gonflement notable, sa partie supérieure se bombe en une saillie conique ou mamelonnée; en même temps, il y a un abaissement de la paroi postérieure et supérieure du conduit auditif externe, symptôme qui pourtant, à mon sens, a peu de valeur pour l'indication de l'ouverture opératoire de l'apophyse. La suppuration de l'oreille est très

Digitized by Google

abondante ; ce n'est que rarement que j'ai vu cet écoulement se tarir, bien que les symptômes inflammatoires persistassent du côté de l'apophyse mastoïde avec la même intensité.

La marche et la terminaison des abcès mastoïdiens présentent aussi plusieurs variétés. Dans une première série de cas, lorsque le tympan n'est pas perforé, l'apparition des douleurs apophysaires est contemporaine du début des manifestations inflammatoires dans la caisse, ou bien elle le suit à peu de jours de distance. Dans d'autres cas, les symptômes de la formation d'un abcès mastoïdien n'apparaissent que quand le tympan est déjà perforé. En cas de résolution spontanée de l'inflammation mastoïdienne, les douleurs diminuent progressivement, quoique avec une grande lenteur ; on peut même observer des suspensions temporaires, des symptômes douloureux durant quelques jours. J'ai vu plusieurs malades chez lesquels tout l'ensemble symptomatique, douleur, hyperthermie locale, fièvre, avaient disparu pendant quelque temps, et où les symptômes de la formation de l'abcès reparaissaient brusquement avec une violence telle, que l'opération s'imposait d'urgence.

Les symptômes de mastoïdite peuvent persister plusieurs semaines, avec rémissions variables de la douleur et de la température. Le plus souvent, une suppuration profuse indique la persistance et l'extension de l'abcès ; au contraire, on peut songer à une rétrocession de la lésion quand le pus devient moins abondant. J'ai cependant vu des cas où la cessation de l'otite moyenne se montrait en même temps que la perforation se reproduisait, tandis qu'au contraire les symptômes morbides persistaient longtemps encore du côté de l'apophyse mastoïde. Cependant, en général, on peut dire que l'otite moyenne grippale, compliquée d'abcès apophysaire, a une durée beaucoup plus longue que la suppuration protopathique de la caisse.

La terminaison de l'abcès de l'apophyse mastoïde peut se faire par guérison spontanée, bien que cette issue heureuse soit beaucoup plus rare à la suite de la grippe que dans les cas ordinaires. Ces faits se sont montrés plus souvent dans la dernière que dans l'avant-dernière épidémie d'influenza,

Digitized by Google

ce qui permet de conclure au caractère bénin de l'épidémie récente; ce qui ne veut pas dire cependant que je n'aie observé dans ces derniers temps des cas des plus graves. Chez un malade que j'ai récemment opéré dans le dispensaire du Dr Löw, qui n'était venu se faire soigner que plusieurs semaines après le début de l'affection de l'oreille, et chez lequel un écoulement purulent abondant, une forte sensibilité au niveau de l'apophyse, un rétrécissement du conduit auditif, une notable élévation de la température du corps faisaient diagnostiquer avec certitude la présence d'un abcès dans l'apophyse mastoïde, j'ai trouvé, à l'ouverture de celle-ci, une cavité colossale remplie de pus et de granulations, qui, en dedans, s'étendait jusqu'au voisinage du sinus latéral; un examen m'a montré que la paroi osseuse du sinus était détruite et la paroi membraneuse du canal veineux, mise à nu sur une étendue de plusieurs centimètres. A la suite de l'intervention, cette cavité se remplit rapidement de granulations, et la guérison complète ne tarde point. Si au contraire on avait laissé la maladie évoluer, il serait survenu certainement une thrombose, puis une phlébite du sinus, amenant la mort. Ce cas a la plus haute importance, en ce sens qu'il démontre que quand la mastoïdite a une durée prolongée, il se produit dans l'apophyse une destruction du tissu osseux assez étendue pour mettre en danger la vie du patient.

Dans certains faits rares, l'abcès mastoïdien s'ouvre spontanément à l'extérieur; mais en général, dans ce cas, on ne trouve pas les téguments qui recouvrent l'apophyse infiltrés au même degré que dans les formes ordinaires. On sait que dans les cas où la collection purulente est voisine de la surface de l'os qu'il se produit également une inflammation du périoste et qu'il se forme un abcès sous-périosté, sans communication avec celui qui siège au dedans de la substance osseuse; de telle sorte que l'opérateur rencontre du pus dès la première incision.

Que l'otite suppurée, produite par l'influenza, puisse avoir une issue mortelle, cela ne fait pas l'ombre d'un doute. Le cas suivant en est une preuve.

Digitized by Google

Léopoldine M..., 35 ans, fut atteinte d'influenza l'année dernière, au moment de Noël. Le 3 janvier éclate une otite aiguë droite, pour laquelle elle est traitée dans une autre clinique. Dans les premiers jours de février, douleurs vives dans l'oreille et au niveau de l'apophyse : le 15, apparaît un fort gonflement en arrière du pavillon. Le 1er mars elle entre à ma clinique, présentant les symptômes suivants : écoulement purulent abondant, conduit auditif très rétréci par un gonflement de sa paroi supérieure, perforation non visible. Le lavage se fait avec facilité. La parole à voix haute est entendue à trois mètres. Au niveau de l'apophyse abcès fluctuant. La température du corps est anormale.

3 *mars.* — L'abcès se vide par le conduit auditif externe : l'apophyse ne montre pas de sensibilité à la pression. La température est normale.

10 *mars.* — Otorrhée peu abondante, toujours pas de sensibilité à la pression sur l'apophyse. Il n'y a pas de fièvre.

12 *mars.* — Aujourd'hui, à cinq heures du matin, survint tout d'un coup un état comateux, le pouls devient filiforme : une injection d'éther camphré pare momentanément à ces accidents. En revenant à elle, la malade se plaint beaucoup de souffrir des tempes; elle a du ptosis du côté droit.

A dix heures du matin, de nouveau état comateux, d'où on ne tire momentanément la malade que par des appels à haute voix ou par des piqûres d'épingle. Ophtalmoplégie bilatérale; déviation des yeux vers la droite; légère paralysie faciale du côté droit. Temp. : 39°,5.

La malade est alors transférée dans le service du professeur Billroth où le Dr Eiselsberg lui pratique la trépanation de l'apophyse mastoïde. Il met à nu le sinus latéral; dure-mère normale, mais au-dessous d'elle fausse membrane méningitique, surtout sur la partie postérieure et supérieure du sinus. Ponction du cerveau avec la seringue de Pravaz ramenant du pus : ouverture de l'abcès qui donne issue à une matière séro-purulente.

Mort six jours après l'opération.

A l'autopsie on rencontre dans le lobe temporal un abcès, dont les parois épaissies indiquent la durée déjà longue. Derrière ce grand abcès s'en trouvait un autre beaucoup plus petit, encore fermé et non en communication avec le précédent.

Voici également dans le même ordre d'idées deux prépa-

Digitized by Google

rations anatomiques appartenant à des malades que je n'ai pas suivis pendant leur vie.

L'une de ces préparations provient d'un homme de 72 ans, déjà antérieurement atteint de surdité accentuée, et qui fut pris le 29 décembre 1891 d'une attaque d'influenza, qui, le 9 janvier suivant, se compliqua d'une otite moyenne droite suppurée. Trois jours plus tard se développèrent les symptômes d'une méningite à laquelle le patient ne tarda pas à succomber. Voici ce que montre la préparation : tympan non perforé; cavité tympanique remplie de pus crémeux; dans l'antre mastoïdien, une prolifération de tissu fibreux ancienne qui s'étendait jusque dans les cellules de l'apophyse mastoïde, et était également baignée de pus. A la partie profonde de l'apophyse, le pus avait perforé la paroi du sinus latéral, ainsi que la face postérieure du crâne, amenant la thrombose du sinus caverneux puis la méningite.

La seconde préparation provient d'un homme de 80 ans, atteint le 9 février dernier d'influenza, à la suite de laquelle se produisit une otite moyenne gauche suppurée, et plus tard un érysipèle de la tête avec néphrite métastatique qui amenèrent la mort. A l'autopsie, on ne trouve pas de perforation de la membrane du tympan, mais la cavité tympanique était remplie d'une sécrétion purulente, l'apophyse pleine d'un pus mêlé de sang qui remplissait non seulement l'antre, mais aussi tout le système des petites cellules. On ne peut, dans cette préparation, établir aucune corrélation entre le foyer purulent de l'oreille moyenne et l'érysipèle de la face : celui-ci, ainsi que la néphrite aiguë, doit donc être considéré comme un processus métastatique.

Le diagnostic de la formation de l'abcès mastoïdien se déduit de l'ensemble des symptômes énumérés plus haut, ainsi que de la marche de l'otite grippale suppurée : c'est au commencement de la maladie que ce diagnostic est le plus difficile à faire; car une forte sensibilité à la pression au niveau de l'apophyse mastoïde se montre aussi au début de l'otite moyenne aiguë ordinaire pour disparaître quelques jours plus tard. De même il peut arriver, à la première période de l'otite grippale, que des douleurs soient passagèrement pro-

Digitized by Google

voquées par une congestion intense du revêtement muqueux des cellules de l'apophyse et du tissu osseux; par contre, le diagnostic de l'existence de l'abcès peut être fait avec d'autant plus de facilité et de certitude, quand en même temps qu'une otorrhée très abondante, avec abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif, une forte douleur ressentie au niveau de l'apophyse, une fièvre à peu près continue, la perte du sommeil, la surexcitation nerveuse se prolongent au delà du huitième au dixième jour après le début de l'otite. Si ces symptômes sont observés quand l'otite a déjà duré plusieurs semaines, la présence d'un abcès mastoïdien ne peut plus être mise en doute. Cette dernière affirmation repose sur l'observation de vingt-huit cas, dans lesquels j'ai, sans exception, trouvé des abcès dans l'intérieur de l'apophyse, lors de l'ouverture de celle-ci.

La présence d'abcès externes, sous-périostaux, sans participation du tissu osseux, tels que Schwendt les a décrits, doit être très rare : elle ne peut être sûrement établie que si, après l'ouverture de pareils abcès, on ne trouvait pas de pus dans l'apophyse mastoïde ouverte au ciseau. Dans les cas que j'ai opérés, partout où j'ai trouvé une accumulation de pus à la surface externe de l'apophyse, j'ai également rencontré des abcès à l'intérieur de celle-ci.

Arrivons maintenant au traitement de l'otite moyenne aiguë grippale. Il varie suivant la période de la maladie dans laquelle le malade vient réclamer les soins du médecin. Si on a l'occasion d'observer celui-ci pendant les premiers jours avant que la perforation ne se soit produite, si le tympan apparait fortement rouge, gonflé, voussuré, s'il existe en même temps dans l'apophyse mastoïde des douleurs spontanées que la pression augmente, il faut sans plus tarder pratiquer la paracentèse du tympan, pour donner un libre écoulement au pus accumulé dans la caisse. Cette opération, que tout médecin peut aisément exécuter, suffit quelquefois à elle seule à faire avorter les symptômes de mastoïdite. Il faut en outre, par des applications continues de glace sur l'apophyse mastoïde, combattre l'inflammation de celle-ci. J'ai à ma clinique une jeune femme chez laquelle les symp-

Digitized by Google

tômes de mastoïdite, très accentués au début de l'otite, disparurent après la paracentèse de la membrane du tympan fortement bombée, et grâce aussi à l'application de l'appareil réfrigérant de Leiter en arrière de l'oreille.

Mais il en est autrement quand l'otite, accompagnée de symptômes intenses, a duré plus de huit ou dix jours, sans perforation de la membrane du tympan. Dans ce cas, il est très probable qu'il existe déjà un abcès dans l'apophyse, et il faudra procéder à l'ouverture de celle-ci, après paracentèse de la membrane du tympan. Un cas observé en province, en décembre 1891, démontre la justesse de cette proposition. Il s'agissait d'une otite moyenne durant déjà depuis dix jours, avec forte fièvre et douleurs mastoïdiennes intolérables; néanmoins, le tympan n'était pas perforé. Après avoir endormi la malade, on pratiqua d'abord la paracentèse du tympan, puis aussitôt après on ouvrit l'apophyse mastoïde dans laquelle on trouva, logé en sa partie moyenne, un abcès superficiel de la grosseur d'une noisette, plein de pus et de granulations. Quelques semaines plus tard, guérison complète : il persista seulement un léger bourdonnement qui dure encore maintenant.

De même, dans tous les cas où la perforation spontanée du tympan s'est faite dès les premiers jours de la maladie, il est nécessaire, à moins que des symptômes graves n'indiquent l'urgence de l'opération, de recourir d'abord à des moyens antiphlogistiques. Je n'ai eu à me louer que très rarement de l'application de sangsues, employées dès le début des accidents : plus tard leur utilité est nulle. Par contre, j'attribue une grande valeur à l'emploi local de la médication réfrigérante, soit avec de petits sachets de glace, soit avec l'appareil de Leiter; cette application, faite d'une façon continue, a, dans bien des cas, amené des résultats absolument remarquables. Pour renforcer encore le traitement, on badigeonne l'apophyse avec de la teinture d'iode, on la frotte avec de l'onguent iodo-ioduré ou avec de l'onguent de potasse, et par-dessus on applique l'appareil de Leiter. Les malades acceptent très volontiers cet appareil qui calme leurs souffrances. On peut même lui reconnaître une certaine valeur

Digitized by Google

diagnotique. Aussi, tant que le patient supporte l'application de cet appareil et même la réclame, on peut conclure à a persistance de l'inflammation mastoïdienne ; au contraire, quand il cesse de pouvoir le supporter et demande à en être délivré, on peut admettre avec grande probabilité la résolution du processus morbide.

Concurremment avec ce traitement antiphlogistique, on retirera grand avantage en injectant chaque jour dans la caisse, à travers le cathéter de la trompe, soit de l'eau tiède, soit une solution faiblement antiseptique (solution boriquée à 1 ou 2 0/0) (Millingen). Bien que dans la plupart des cas il n'existe pas de commmunication entre l'abcès de l'apophyse et l'antre mastoïdien, cependant ces injections, continuées jusqu'à ce que le liquide vienne à s'écouler par le conduit auditif externe, procurent au malade un soulagement considérable : les douleurs apophysaires cessent, l'écoulement diminue.

En combinant ainsi le lavage de la caisse avec l'application de l'appareil de Leiter, on peut, dans un grand nombre de cas, amener une guérison complète. Cependant, si au bout de trois ou quatre jours de ce traitement les douleurs apophysaires, la fièvre persistent, si l'écoulement ne diminue pas, alors il ne faut plus perdre de temps et procéder à l'ouverture de l'apophyse. Cette opération est, dans ces cas, tout à fait inoffensive, ne présentant pas le moindre danger parce que l'abcès, étant le plus souvent superficiel, peut être ouvert sans qu'on courre le risque de léser les organes importants situés plus en dedans. Ainsi est tranchée la question de savoir si l'on doit opérer de bonne heure, ou au contraire prolonger le traitement expectatif. En faveur de celui-ci plaident certainement les cas que l'on peut guérir par la méthode antiphlogistique. Mais quand d'autre part on place en regard de ces faits ceux dans lesquels l'abcès, trop longtemps livré à lui-même, amène une destruction profonde de l'os, et dans lesquels peut survenir brusquement une méningite ou une phlébite des sinus suivie de mort, on est amené, surtout eu égard à l'innocuité de l'opération, à se décider en faveur d'une intervention précoce. Un autre avantage que

Digitized by Google

présente l'ouverture peu tardive de l'apophyse, c'est qu'à ce moment les abcès sont encore petits, situés à la périphérie, faciles à atteindre, qu'ils ne donnent pas lieu après leur traitement à une perte de substance encore considérable, qu'ils guérissent plus vite, que l'affection de l'oreille moyenne disparaît également avec tout son cortège de pénibles symptômes et ainsi la durée du traitement est notablement abrégée.

Il va sans dire que l'opportunité d'une intervention n'est plus discutable quand on se trouve en présence d'un malade chez qui les symptômes de mastoïdite ont déjà de deux à trois semaines d'existence; ici l'ouverture de l'abcès pare aux complications qui peuvent mettre en danger la vie du malade. Au reste, la gravité de ces abcès mastoïdiens, à durée prolongée, ressort de la lecture de l'observation suivante :

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, anémique, mal nourrie, qui vers la fin de décembre 1889 fut prise d'influenza, et deux jours plus tard d'otite gauche. Vers le milieu de janvier 1890, le gonflement rétro-auriculaire, la fièvre, disparurent. Elle entra à l'hôpital le 21 janvier : à ce moment on constate une vive sensibilité à la pression au niveau de l'apophyse mastoïde gauche; un écoulement purulent abondant, un gonflement du segment postérieur de la membrane tympanique, et une perforation dans la zone antéro-inférieure du tympan, montrant des pulsations intenses.

Le 23 janvier, frissons et maux de tête; 39°2. On procède à l'ouverture de l'apophyse mastoïde. A une profondeur de cinq millimètres on tombe sur un abcès assez vaste, plein de pus, mais ne communiquant pas avec l'antre mastoïdien.

Un jour plus tard, à l'enlèvement des pansements le pus coule à flots de la cavité de l'abcès, d'où l'on conclut à l'extension de l'affection osseuse vers les parties plus profondes. Grâce à un renouvellement journalier du pansement, la malade se trouve relativement bien pendant trois semaines.

Le 14 février, la cavité de l'abcès est élargie vers la profondeur avec la curette tranchante. Malgré cela, dix jours plus tard, des symptômes graves indiquent la propagation de l'abcès à la partie postérieure du crâne, ce qui nécessite une nouvelle ouverture en cette région. On rencontre alors, derrière l'apophyse mastoïde, une seconde cavité abcédée, de la grandeur

Digitized by Google

d'une cerise, pleine de pus et de granulations, et qui, après son évidement, laisse voir la dure-mère à nu sur une petite étendue. Drainage, pansement iodé. Les jours suivants, euphorie, délire, puis plus tard somnolence, soubresauts tendineux, tremblement des muscles de la face, vomissements : mort au bout de 14 jours.

L'autopsie donne les résultats suivants : Rupture du sinus sigmoïdal, de la grandeur d'un pois, au niveau de la cavité purulente située en arrière de l'apophyse mastoïde ; à l'intérieur du sinus membraneux un thrombus jaunâtre, fibrillaire. A cinq centimètres plus en arrière, une seconde ouverture, d'un demi-centimètre de diamètre, percée dans l'occipital; dans toute la partie postérieure de la cavité cranienne, une exsudation fibrineuse recouvre la surface externe de la dure-mère. Dans le cervelet, abcès de la grosseur d'une noix.

Après avoir fait toutes ces remarques préalables, je vais passer maintenant à la description du procédé opératoire. On rase les cheveux qui se trouvent à proximité de l'apophyse, on pratique un nettoyage soigneux de la peau de la région, puis après avoir endormi le malade, on fait à un demi-centimètre en arrière de l'insertion du pavillon de l'oreille, une incision verticale, légèrement concave en avant, de quatre à cinq centimètres de longueur; cette incision doit s'étendre à toutes les couches de la région, y compris le périoste et descendre jusqu'au voisinage de la pointe de l'apophyse. Alors, avec un élévateur, on décolle le périoste de l'os sous-jacent, le repoussant en avant et en arrière, de façon à mettre à nu la surface osseuse sur une étendue de 1 1/2 à 1 3/4 centimètre carré. On arrête l'hémorrhagie qui se produit, soit en tamponnant la plaie avec de la gaze au sublimé, soit en mettant des pinces à forcipressure sur les vaisseaux saignants. Au reste, le meilleur moyen d'arrêter l'écoulement du sang, même s'il est très abondant, est d'écarter fortement les bords de la plaie avec de larges érignes qu'un aide maintiendra pendant tout le temps de l'opération,

Quand la partie moyenne de la surface mastoïdienne est ainsi mise à découvert à 1/2-1 centimètre en arrière du conduit auditif osseux et à environ 1 1/2 centimètre au-dessous de la pointe de l'apophyse mastoïde, on détache à l'aide de la gouge de Schwartze, obliquement appliquée, un gros morceau

Digitized by Google

du plan osseux superficiel. Souvent, dès le premier coup de ciseau, on arrive sur l'abcès, d'où le pus jaillit parfois en bouillonnant, à cause de la forte pression qu'il supporte dans les cellules mastoïdiennes. Dans certains cas, pour trouver l'abcès, il faut aller jusqu'à une profondeur de 1 1/2 centimètre, mais rarement plus loin. Parfois il faut se donner du jour à la partie inférieure de la plaie, quand la cavité de l'abcès pénètre dans le segment inférieur de l'apophyse mastoïde. Cela fait, avec une grande cuiller tranchante, on enlève tout le tissu malade, granulations fongueuses, substance osseuse ramollie; avec un peu d'habitude, il est aisé de distinguer le tissu malade du tissu sain; le premier se laisse aisément pénétrer par la curette, tandis que le second lui oppose une résistance très grande.

Il est un fait très important en l'espèce que je tiens à faire ressortir, c'est que presque jamais ces cavités suppurées ne communiquent avec l'antre mastoïdien; presque toujours il s'agit d'abcès isolés (1). Aussi ne doit-on jamais chercher à établir une communication artificielle entre la cavité abcédée et l'antre, sans quoi celle-là, désinfectée et curetée, serait de nouveau souillée par le pus venu de la caisse. Il en est, on le sait, tout autrement des affections purulentes chroniques de l'oreille moyenne, où le but principal de l'opération consiste à ouvrir l'antre mastoïdien, pour permettre la désinfection de la caisse par des lavages incessants.

Après avoir râclé à fond l'abcès avec la cuiller tranchante, (j'ai l'habitude, à ma clinique, de me servir d'une petite lampe électrique pour explorer la cavité suppurante pendant l'opération), on arrose la plaie avec une faible solution de sublimé, puis on la remplit légèrement avec de la gaze iodoformée. On peut même, pour arriver à en diminuer la longueur, mettre sur la peau quelques points de suture en nombre variable suivant l'étendue de la perte de substance osseuse. Même en cas d'abcès superficiel, quand l'os a été

(1) C. F. « *Die Erkrankungen des Gehörorgans während der letzten Influenza-épidemie in Wien.* » Rapport fait à M. le Dr Kammerer, medecin de la ville de Vienne, capitale de l'Empire et résidence impériale, par le Prof. Adam Politzer.

Digitized by Google

légèrement entamé, on peut sans hésiter recoudre toute l'étendue de la plaie dès l'opération finie, ayant eu soin de la saupoudrer d'un peu d'iodoforme finement pulvérisé. Mais quand on a affaire à une cavité profonde, il faut se borner à rétrécir la plaie cutanée en faisant un ou deux points de suture à ses angles supérieur et inférieur; on mettra alors la surface osseuse en observation sur un pansement iodoformé, car il peut rester des parties d'os malade qui réclament un nouveau râclage.

Lorsqu'après avoir plusieurs fois changé les pansements, on ne trouve plus de pus sur la gaze, et que l'on voit la plaie tapissée de belles granulations bien roses, on peut alors, suivant le conseil de Gruber, essayer de faire la suture de la peau, non sans avoir préalablement cocaïnisé les lèvres de la plaie; ainsi on hâtera la guérison.

Les bons effets de l'ouverture de l'apophyse se manifestent, dans la plupart des cas, déjà peu de temps après l'opération; la fièvre tombe rapidement et la température s'abaisse même au-dessous de la normale; les douleurs locales disparaissent; le malade ressent un bien-être qu'il n'avait pas éprouvé depuis longtemps. Les observations de Schwartze, de Chatellier, de Schubert de Nuremberg sont d'accord sur ce point.

L'ouverture de l'abcès exerce aussi très souvent une influence favorable sur la suppuration de la caisse, bien qu'il n'y ait cependant aucune communication entre celle-ci et la cavité abcédée. Dès les jours qui suivent l'opération, l'écoulement de l'oreille diminue pour disparaître complètement du sixième au quatorzième jour; et, en même temps, la perforation tympanique se cicatrise. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple : chez la femme d'un avocat que m'avait adressée M. le privat docent Dr Eisenschitz, l'écoulement de l'oreille cessa le troisième jour qui suivit l'ouverture de l'abcès mastoïdien ; et l'examen fit constater la cicatrisation du tympan et le retour de l'acuité auditive normale. Tel est le résultat que l'on obtient dans la plupart des cas; cependant on voit parfois persister assez longtemps des troubles de l'ouïe, accompagnés de bourdonnements.

Digitized by Google

Dans ce qui précède, je crois avoir suffisamment fait ressortir l'importance capitale qu'il y a pour le diagnostic exact d'un abcès de l'apophyse mastoïde, survenant à la suite de l'influenza, et à le traiter convenablement ; aussi me permettrai-je de faire, à ce sujet, quelques réflexions à l'adresse des médecins praticiens.

Certes, pour le médecin qui exerce dans les grandes villes où l'on a sous la main des spécialistes experts, il n'est pas indispensable de savoir opérer l'abcès mastoïdien ; il n'en est pas de même pour le médecin de campagne. Etant donné que l'épidémie d'influenza a visité les villages les plus reculés de chaque pays, et que certainement l'otite grippale doit se produire partout avec une fréquence à peu près égale, il ne saurait être douteux que beaucoup de cas ainsi compliqués ont dû, à la campagne, se terminer par la mort, par suite de l'absence d'ouverture de l'apophyse mastoïde, qui cependant était indiquée. Sans doute, le plus souvent, dans des cas de ce genre, on ne connaîtra pas la cause exacte de la mort, parce que ces décès seront déclarés comme imputables à la pyémie ou à la méningite. Cependant, de l'expérience actuellement acquise au sujet de l'otite grippale, ressort la nécessité, pour le praticien de campagne, de se mettre au courant de la pathologie et du diagnostic des otites moyennes aiguës en général, et des otites dues à l'influenza en particulier, afin de pratiquer l'opération dès que le danger menace. Or, je mets en fait que tout médecin, qui est au courant des pratiques fondamentales de la chirurgie moderne, est capable d'ouvrir les abcès de l'apophyse mastoïde. Car ici l'action est beaucoup plus facile que quand il s'agit de mastoïdites consécutives aux otites moyennes suppurées chroniques; car, dans ce dernier cas, il faut mettre à découvert l'antre mastoïdien, dont la situation est profonde, et dont la recherche expose à blesser les organes importants placés dans le voisinage (sinus latéral, nerf facial, canal demi circulaire horizontal). Mais si, dans ce cas, l'opération ne doit être exécutée que par un spécialiste, l'ouverture des abcès mastoïdiens dus à l'influenza, le plus souvent superficiels, est de la compétence de tous

Digitized by Google

les praticiens, qui ainsi par une intervention faite à temps, réussira à sauver la vie de ses malades. Mais ce but ne peut être atteint que si la science otologique devient le patrimoine de tous les médecins, ce qui n'arrivera que le jour où les facultés de médecine inscriront dans leur programme l'enseignement officiel et obligatoire de l'otologie.

II

SUR LE MODE DE PRODUCTION DE LA VOIX HUMAINE
(RÔLE DU MUSCLE THYRO-ARYTÉNOIDIEN)

Par **A. IMBERT**, professeur à la Faculté de Montpellier.

Il n'y a encore qu'un très petit nombre de faits qui soient bien établis relativement à la théorie de la phonation. Les sons de la voix humaine prennent naissance au niveau des cordes vocales inférieures; ils sont accompagnés d'une longue série d'harmoniques, et leur hauteur est réglée par la tension variable que le crico-thyroïdien peut communiquer aux cordes vocales ; telles sont, croyons-nous, les seules notions bien précises que nous ayons sur le mode de production de la voix.

En particulier, le rôle des muscles intrinsèques du larynx ne nous semble encore qu'imparfaitement déterminé, surtout celui du faisceau interne du thyro-aryténoïdien. Il est hors de contestation sans doute que l'ary-aryténoïdien rapproche les cartilages aryténoïdes, que les crico-aryténoïdiens postérieurs et latéraux sont, en somme, l'un dilatateur, l'autre constricteur de la glotte ; mais cette manière d'apprécier *grosso modo* le rôle de ces muscles, nous semble bien insuffisante et il suffit de disséquer un larynx pour se convaincre que, grâce à l'extrême mobilité de l'articulation crico-aryténoïdienne chez l'homme, les effets de la contrac-

Digitized by Google

tion des muscles propres du larynx sont en réalité moins simples que nous ne venons de le dire.

Je me réserve de revenir prochainement sur cette intéressante question de statique et ne considérerai ici que le rôle du faisceau interne du thyro-aryténoïdien.

Les auteurs qui se sont occupés de ce point particulier de la théorie de la phonation, ont pris en juste considération la position de ce faisceau, ses insertions et la direction de ses fibres et ont déduit de ces données le rôle du muscle.

On ne saurait rien objecter à ce procédé d'investigation; mais pour que les conclusions renferment toute la vérité, il faut accorder à chacune des données sur lesquelles on a base leur importance exacte, et cette importance relative ne peut être déterminée que par l'expérience. Aussi ai-je cru devoir étudier, plus complètement que la chose n'avait été faite encore, en particulier par Muller et par Koschlakoff, le mode de vibrations des anches membraneuses.

Les premiers résultats obtenus ont été consignés dans une note insérée aux *Comptes rendus de l'Académie des sciences* (6 avril 1871); je vais indiquer avec quelques détails comment les expériences ont été conduites et quels faits généraux ont été observés.

Les membranes sur lesquelles j'ai opéré constituaient la paroi supérieure d'une série de petites caisses métalliques, à section droite carrée, qui pouvaient être montées sur une soufflerie. Le côté de la section droite carrée, et par conséquent de la partie vibrante de la membrane, variable d'une caisse à l'autre, a été successivement de 3^{cm}.5, 6 centimètres, 9 centimètres, 15 centimètres. L'un des bords de la membrane, amené tout près de l'une des arêtes horizontales de la caisse, ménageait un orifice de sortie à l'air de la soufflerie et pouvait entrer en vibration. Les bords de la membrane perpendiculaires au bord vibrant étaient saisis entre des pinces, au moyen desquelles on pouvait exercer une traction parallèle à ce bord. Dans l'intérieur de chaque caisse, et à 5 centimètres environ au-dessous de la membrane, était fixée une plaque métallique percée d'un assez grand nombre

Digitized by Google

de petites ouvertures, afin de répartir aussi uniformément que possible l'action de l'air de la soufflerie et de diminuer tout au moins les effets possibles de résonance.

Dans le but de constater facilement, avec le secours de l'œil seul, les subdivisions de la membrane en parties vibrantes et l'existence probable de lignes nodales, j'ai employé un procédé très simple dont avait déjà fait usage le professeur Koschlakoff, de Saint-Pétersbourg, dans un travail fort intéressant, sur lequel j'aurai l'occasion de revenir. Ce procédé consiste à tracer à l'encre, sur la membrane, un certain nombre de lignes équidistantes, les unes parallèles, les autres perpendiculaires au bord vibrant ; on embrasse ainsi d'un seul coup d'œil la topographie exacte et complète de la membrane en vibration.

J'ai opéré successivement sur des lames de caoutchouc dont l'épaisseur a varié depuis quelques dixièmes de millimètre jusqu'à près de deux millimètres et sur des membranes en cuir.

Lorsque ces diverses lames flexibles sont soumises, par le mécanisme indiqué plus haut, à une tension parallèle à leur bord libre, et qu'elles entrent en vibration sous l'action de l'air de la soufflerie, elles peuvent se subdiviser en parties vibrant à l'unisson par deux systèmes différents de nodales, les unes parallèles, les autres perpendiculaires au bord vibrant. Koschlakoff a observé *séparément* la formation d'une seule ligne nodale de chaque système ; j'ai pu au contraire obtenir la formation *simultanée* des deux espèces de nodales, mais je n'insiste pas sur cette partie des expériences, car la formation d'une ligne nodale perpendiculaire au bord libre de la membrane ne me paraît pas, jusqu'à présent, pouvoir être invoquée pour expliquer le mode de fonctionnement du larynx.

En ce qui concerne les nodales parallèles au bord vibrant, si Koschlakoff n'a obtenu que l'une d'elles, cela me paraît tenir uniquement aux faibles dimensions, en surface, des membranes sur lesquelles il a expérimenté, à la forme circulaire du cadre sur lequel ces membranes étaient tendues,

(1) *Archives de Pflüger*, 1886.

Digitized by Google

et à la tension, assez uniforme dans tous les sens, à laquelle elles étaient soumises.

En opérant, au contraire, comme je l'ai indiqué plus haut, les membranes se subdivisent, par la formation de trois lignes nodales, en quatre parties vibrant à l'unisson. Nul doute, d'ailleurs, que l'on puisse obtenir un plus grand nombre de nodales, en augmentant la longueur de la membrane perpendiculairement au bord vibrant sans toucher au bord libre.

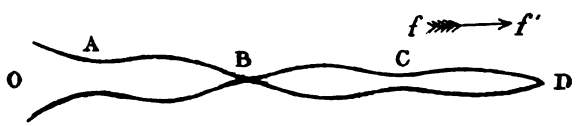


fig. 1

La figure, 1 qui représente les positions extrêmes occupées successivement, dans une section perpendiculaire à son bord libre, par les diverses parties de la membrane carrée en vibration, montre en A, B, C l'existence des trois lignes nodales dont il vient d'être question.

Si l'on vient alors à exercer une traction perpendiculaire au bord libre, c'est-à-dire dans le sens indiqué par la flèche *ff'*, la hauteur du son rendu s'élève à mesure que la traction devient plus forte et aussi longtemps que subsiste le système des trois nodales. Pour une traction suffisante, le son devient ronflant, il est bitonal. Enfin, si l'on augmente encore la traction dans le sens *f' f*, les deux nodales extrêmes A et C disparaissent, la nodale intermédiaire B subsiste seule, et l'on observe une chute brusque de la hauteur du son.

Ces phénomènes sont indépendants de la nature et de la dimension des membranes. Ils subsistent encore sans changement si la membrane est soumise à une traction parallèle au bord vibrant, mais exercée seulement dans le voisinage de celui-ci.

En vue de l'application de ces phénomènes au larynx, il

Digitized by Google

importe de déterminer les causes de la formation des trois lignes nodales de la figure 1.

Tout d'abord ces lignes présentent entre elles cette différence que la nodale intermédiaire B est seule bien accusée. Les nodales extrêmes A et C, au contraire, ne correspondent pas à des points absolument immobiles, mais à des régions qui effectuent des vibrations d'amplitude relative minima; on va voir qu'elles ne méritent pas, à proprement parler, le nom de nodales.

Les causes de l'existence de ces lignes A, B, C, se déduisent des expériences très simples suivantes :

1° Une membrane étant en place et la soufflerie au repos, on soulève avec une pointe le milieu du bord libre de la membrane, puis on le laisse brusquement retomber. La membrane effectue, dans ces conditions, quelques vibrations assez nombreuses et d'amplitude assez grande pour que l'on aperçoive nettement la formation d'une ligne nodale dont la position est au moins très voisine de B. Cette nodale résulte de l'interférence des ondes directes et réfléchies qui se propagent le long de la surface de la membrane et se réfléchissent sur le bord fixe D, opposé au bord libre O. Telle est aussi évidemment la cause de la formation de la nodale B lorsque la membrane est en vibration.

2° On éloigne le bord libre de la membrane de l'arête correspondante de la caisse, de telle sorte que la membrane n'entre pas en vibration sous l'action de l'air de la soufflerie.

Les choses ainsi disposées et l'air de la soufflerie arrivant dans la caisse, si l'on soulève le bord libre de la membrane, on voit au moment même du soulèvement, toute la partie postérieure s'abaisser, la ligne de séparation des régions de soulèvement et d'abaissement se confondant d'ailleurs sensiblement avec la ligne A de la figure 1. Ce phénomène, dû évidemment à la diminution brusque de pression qui survient dans la caisse lorsqu'on augmente les dimensions de l'orifice de sortie de l'air par le soulèvement du bord libre de la membrane, ce phénomène, dis-je, se produit encore lorsque la membrane est en vibration; les alternatives d'ouverture et de fermeture de l'orifice de sortie de

Digitized by Google

l'air déterminent, dans l'air de la caisse, des alternatives correspondantes de diminution et d'augmentation de pression; de là, résulte la division de la surface de la membrane en deux régions se déplaçant en sens inverse. Il importe de remarquer, pour légitimer cette conclusion, que les sons rendus par les membranes en expérience étant toujours inférieurs à ceux de l'octave d'indice 5, les longueurs d'onde de ces sons sont toujours très supérieures aux dimensions des caisses qui supportent les membranes, si bien que toute la masse d'air contenue dans ces caisses peut donc être regardée comme étant, à chaque instant, dans le même état de condensation ou de dilatation.

Telle est donc la cause de la formation de la ligne A d'amplitude de vibration minima. On conçoit que cette ligne, en raison même de son origine, soit imparfaitement accusée ;

fig. 2

on pourrait, pour rappeler cette origine, donner à cette ligne le nom de *ligne d'inflexion* et réserver à la ligne B, due à l'interférence de deux ondes, directe et réfléchie, le nom de *ligne nodale*.

3° Quant à la ligne C, le long de laquelle l'amplitude de vibration est aussi minima, voici comment on peut en déterminer l'origine.

La membrane étant placée dans les conditions de vibration, on recouvre la région médiane MN au moyen d'une plaque rigide (*fig.* 2).

Les seules parties pouvant vibrer sont alors, en avant la partie OM, en arrière la partie ND. En déplaçant à droite et à gauche la plaque MN, on peut faire que OM soit inférieur, égal ou supérieur à ND.

L'expérience montre que les deux parties libres OM, ND peuvent vibrer simultanément même lorsqu'elles sont très inégales; en observant ces deux parties de la membrane

Digitized by Google

par la méthode stroboscopique, on peut d'ailleurs s'assurer qu'elles vibrent toujours synchroniquement. Quant à la hauteur commune des deux sons rendus par les deux parties vibrantes OM, ND, elle est réglée, tantôt par les dimensions de la partie antérieure OM, tantôt par celles de la partie postérieure ND. En déplaçant, en effet, la plaque rigide MN vers O, la hauteur du son finit par baisser progressivement, et l'oreille rapporte alors sans hésitation l'origine du son à la région postérieure ND ; si l'on déplace à ce moment la plaque MN vers D, la hauteur du son s'élève d'abord, puis diminue lorsque le nombre de vibrations est réglé par la dimension de la partie antérieure OM.

Enfin, et ce dernier fait est important, si les deux parties libres OM, ND sont trop inégales pour pouvoir effectuer des vibrations synchrones, la membrane reste silencieuse, bien qu'elle continue à être soumise à l'action de la soufflerie; mais si l'on recouvre alors la région postérieure avec un corps rigide, la partie antérieure de la membrane, restée seule libre, entre de nouveau en vibration.

Il résulte de là que deux parties, même assez inégales, d'une anche membraneuse peuvent vibrer synchroniquement, mais que, si l'inégalité est trop grande, le synchronisme des vibrations n'étant plus possible, l'anche cesse de chanter.

Revenons maintenant à la membrane entièrement libre de la figure 1. Nous avons expliqué par quelles raisons il se forme en B une ligne nodale, en A une ligne d'inflexion, les deux parties OA, AB vibrant d'ailleurs synchroniquement, ainsi qu'on peut s'en assurer par la méthode stroboscopique. Or, la région postérieure BO paraît avoir des dimensions trop supérieures à celles des parties OA et AB pour pouvoir vibrer à l'unisson de celles-ci ; cette région BO se subdivise alors spontanément en deux segments BC, CD qui, grâce à leur plus faible étendue, peuvent effectuer des vibrations synchrones avec celles des parties OA, AB. Telle doit être l'origine de la ligne C d'amplitude de vibration minima, à laquelle on peut encore donner le nom de ligne d'inflexion.

Cette manière de voir est confirmée par l'observation sui-

Digitized by Google

vante : si l'on recouvre avec une plaque rigide la région postérieure de l'anche, on obtient une remarquable augmentation de l'intensité du son ; c'est qu'on a supprimé ainsi une partie de membrane qui ne pouvait que difficilement vibrer à l'unisson des parties antérieures.

On peut d'ailleurs disposer l'expérience d'une manière assez différente de la précédente, et rendre plus considérable encore l'accroissement de l'intensité sonore.

Je me sers à cet effet d'un tube en cuivre de 5 centimètres environ de diamètre, muni d'un ajutage qui permet de le monter sur la soufflerie. Je fixe sur ce tube de cuivre un tube de caoutchouc, d'un diamètre un peu inférieur, long de quelques centimètres et dont je saisis entre deux pinces les extrémités d'un même diamètre de son bord supérieur libre. En exerçant une certaine traction avec les pinces, on détermine la formation d'une fente linéaire, analogue à celle de la glotte interligamenteuse. Pour qu'un son puissant soit engendré par les bords libres de cette glotte artificielle, il faut que le tube en caoutchouc soit soumis à une tension suffisante dans le sens de son axe. Mais, lorsque cette tension est faible et le son émis peu intense, on obtient une très forte augmentation d'intensité en recouvrant d'une plaque rigide la partie inférieure du tube en caoutchouc. Dans de bonnes conditions expérimentales, il suffit de laisser un crayon s'appuyer en un point convenable du tube pour rendre très fort et presque fatigant à entendre un son qui était d'abord à peine perceptible. Ici encore l'augmentation d'intensité du son est due à ce que l'on a rendu plus facile, ou à ce que l'on a provoqué la subdivision des parois du tube de caoutchouc en parties pouvant vibrer à l'unisson.

Voici maintenant comment les expériences que je viens de rapporter me paraissent pouvoir nous éclairer sur l'un des rôles dévolus au muscle thyro-aryténoïdien.

La partie vibrante des cordes vocales, celle du moins dont l'amplitude de vibration détermine dans la masse d'air expirée la variation de pression d'où résulte l'intensité des sons émis, est le bord libre des cordes vocales constitué

Digitized by Google

par la muqueuse laryngienne et le ligament thyro-aryténoïdien. Aux raisons connues déjà, que l'on peut invoquer pour justifier cette manière de voir, il convient d'ajouter une raison nouvelle tirée de la forme même du muscle thyro-aryténoïdien. Pour bien apercevoir cette forme, il convient d'ouvrir le larynx, séparé de la trachée, suivant un plan antéro-postérieur situé un peu latéralement par rapport au plan médian, de manière à respecter l'insertion antérieure de l'un des muscles en question. En disséquant alors avec soin la muqueuse au-dessus et au-dessous de la corde vocale et sur le bord libre de cette corde, on voit que les fibres du faisceau interne du thyro-aryténoïdien s'insèrent sur le cartilage thyroïde suivant une droite verticale ; leur insertion postérieure, sur l'apophyse vocale de l'aryténoïde, est de même sensiblement rectiligne, mais horizontale. La forme d'ensemble du muscle est donc assez variable suivant la position et la direction de l'apophyse vocale. Dans le cas où l'action des crico-aryténoïdiens a provoqué une occlusion de la glotte interligamenteuse, les deux lignes d'insertion du thyro-aryténoïdien sont sensiblement perpendiculaires l'une à l'autre, et la forme du muscle peut être assez exactement assimilée à celle d'un faisceau lumineux réfracté par un œil astigmate et considéré dans la région comprise entre les deux droites focales. De toutes les formes que peut prendre le thyro-aryténoïdien, celle dont nous venons de parler est la plus favorable à la mise en vibration du muscle par le courant d'air expiré. Le muscle, en effet, offre alors dans sa partie postérieure une partie presque plane et horizontale qui donne prise à l'air arrivant par la trachée ; mais on sait que la glotte intercartilagineuse est fermée pendant l'émission du son et que les deux apophyses vocales sont donc dirigées d'arrière en avant. Si donc, au moment où un son est émis, on faisait des sections par des plans perpendiculaires au plan médian, on trouverait que les contours des sections du muscle sont, dans le voisinage de l'insertion thyroïdienne, des droites verticales, plus loin des courbes se rapprochant d'une circonférence de cercle. On a au moins de la peine à comprendre qu'un

Digitized by Google

corps présentant de tels contours apparents puisse donner assez de prise à l'air expiré pour pouvoir être mis en vibration et provoquer dans les dimensions de la glotte des variations suffisantes pour expliquer l'intensité des sons émis.

La forme même du muscle thyro-aryténoïdien est donc, comme nous le disions plus haut, une nouvelle raison à invoquer en faveur de l'opinion qui attribue à la muqueuse le rôle de corps vibrant.

Si la muqueuse était libre dans toute son étendue, elle ne pourrait vibrer, comme les anches membraneuses ou le tube de caoutchouc des expériences précédentes, qu'en se subdivisant, par des lignes nodales ou d'inflexion, en parties pouvant vibrer à l'unisson. Mais la muqueuse, en dessous de la région glottique, ne fait en quelque sorte que tapisser des parois à peu près complètement rigides, anneaux cartilagineux de la trachée et cartilage cricoïde. C'est seulement dans la région immédiatement sous-glottique que la muqueuse s'éloigne de ces parois rigides pour former les cordes vocales inférieures. Cette région, limitée d'une part au bord supérieur du cricoïde, d'autre part au bord libre des cordes vocales, devrait donc satisfaire à la condition générale déduite de nos expériences : subdivision en parties pouvant vibrer à l'unisson. Il paraît évident dès lors que le faisceau interne du thyro-aryténoïdien représente dans cette région le prolongement des parois rigides inférieures; il agit comme la plaque solide appliquée sur le tube de caoutchouc; en réduisant la région vibrante à la partie de la muqueuse qui avoisine immédiatement le bord libre des cordes vocales, il supprime les conditions de vibration dont il vient d'être parlé et rend plus facile l'émission des sons.

Considéré donc au point de vue de l'émission des sons, le larynx peut être défini : un tube à parois flexibles et élastiques, parois qui se rapprochent, à un certain niveau, de manière à ne laisser entre elles qu'une fente linéaire pour la sortie de l'air, et qui, au-dessous de ce niveau, sont doublées par une enveloppe que l'on peut regarder comme rigide dans toutes ses parties, quoique constituée par des corps de nature différente, cartilages et muscles.

Digitized by Google

Ce n'est pas à dire toutefois que le thyro-aryténoïdien ne participe pas, dans une certaine mesure, aux vibrations des bords libres des cordes vocales, de même que des corps pesants placés sur les membranes de caoutchouc en vibration ne restent pas absolument immobiles et sont animés de faibles mouvements vibratoires. Mais ces mouvements sont simplement communiqués et passifs. Sans doute la présence du thyro-aryténoïdien, comme celle d'un corps pesant ajouté à une membrane en caoutchouc, change la hauteur du son émis; mais ce changement de hauteur n'est pas dû à une augmentation de la masse vibrante, il tient uniquement à ce que le corps pesant, ou le muscle, limite la partie vibrante ou en provoque la subdivision en parties vibrant à l'unisson.

Le rôle que j'ai été conduit à attribuer, ainsi qu'on vient de le voir, au faisceau interne du muscle thyro-aryténoïdien, n'exclut pas celui que quelques auteurs ont fait jouer à ce même muscle dans la compensation vocale, rôle qui paraît résulter naturellement de la situation des points d'insertion de ses fibres. Je crois même que ce muscle remplit un autre but encore, celui de contribuer à l'équilibre des aryténoïdes sur les facettes articulaires du cricoïde. Mais c'est là un point sur lequel je me propose de revenir dans un autre travail.

Les expériences sur les membranes, rapportées plus haut, peuvent encore être invoquées en faveur d'un fait observé par Œrtel, confirmé par Koschlakoff, mais à la réalité duquel bien des auteurs se refusent de croire. Je veux parler de la formation d'une ligne nodale sur chaque corde vocale, parallèlement à son bord libre, et à peu de distance de celui-ci, lors de l'émission d'un son de fausset.

Cette ligne nodale doit correspondre à la première ligne d'inflexion A de la fig. 1, et ne pas être une nodale au vrai sens physique du mot. Si en effet c'était une nodale vraie et qu'un chanteur provoquât sa formation pendant l'émission d'un son, celui-ci deviendrait à ce moment ronflant, bitonal. C'est ce que l'on observe par exemple sur la mem-

Digitized by Google

brane de la figure 1, lorsque par une traction suivant la direction *ff'* l'on passe, comme nous l'avons dit, du système des trois nodales A, B, C à celui d'une nodale unique. Mais un chanteur exercé peut passer, sur une même note et par degrés insensibles, sans ronflement, sans bitonalité passagère, de la voix de poitrine à la voix de fausset. La ligne nodale d'Œrtel peut donc se former sans ronflement pendant l'émission d'un son. Or on peut de même faire former sans ronflement la ligne d'inflexion A sur une membrane en caoutchouc. Pour cela il suffit de recouvrir avec une plaque rigide la région postérieure de la membrane sur une étendue assez grande pour que la partie laissée libre vibre dans sa totalité, sans ligne nodale ou d'inflexion. Si l'on vient alors à appliquer, sur la partie vibrante, un fil que l'on tend progressivement de manière à diminuer de plus en plus l'amplitude des vibrations de la région correspondante de la membrane, on arrive à déterminer la division de la partie libre en deux segments séparés par une ligne immobile et vibrant à l'unisson l'un avec l'autre. Or à aucun moment de la manœuvre le son ne devient ronflant; sa hauteur s'élève progressivement à mesure que la séparation en deux segments s'accuse davantage.

J'indiquerai dans un prochain travail par quel mécanisme paraissent pouvoir se former les lignes nodales d'Œrtel.

J'ajouterai, en terminant, que les variations de hauteur, dont j'ai parlé plus haut, et que l'on constate lorsque l'on exerce une traction perpendiculairement au bord libre d'une membrane en vibration, me paraissent démontrer l'utilité des mouvements d'élévation et d'abaissement de la tête, mouvements dont on n'avait pas encore expliqué les effets et que l'on observe chez les chanteurs aux limites supérieure et inférieure de la voix chantée. Il est probable, en effet, que, par ces mouvements, le chanteur provoque un léger degré de tension ou de relâchement de la muqueuse des cordes vocales dans une direction perpendiculaire au bord vibrant, ce qui entraîne une augmentation ou une diminution de la hauteur du son.

Digitized by Google

III

LE SIGNE OTIQUE DANS LES MALADIES CÉRÉBRALES

Par le Dr GELLÉ

Dans une précédente étude clinique, faite dans le service du Dr Charcot, j'ai recherché les origines du réflexe binauriculaire d'accommodation, et j'ai été amené par l'analyse des faits de pachyméningite cervicale à en placer le foyer dans la moelle cervicale. (V. *Études d'otologie*, t. II, p. 60.)

Depuis, j'ai eu deux fois l'occasion d'observer des faits analogues confirmatifs de cette opinion sur la physiologie du réflexe d'accommodation des deux organes de l'ouïe.

Un de mes élèves publie en ce moment un travail sur ce sujet à propos d'un cas observé et suivi par lui, dans lequel les phénomènes de synergie ont été reconnus absents malgré une intégrité complète des organes et de la fonction.

L'observation clinique montre l'importance de la constatation de ce signe fonctionnel ou de sa disparition, qu'il y ait ou non des troubles de l'audition dans les affections de l'oreille moyenne, dans celles de l'oreille interne, aussi bien que dans les maladies intra-crâniennes quelconques, entraînant à leur suite des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, de la surdité, de la paralysie faciale, etc.

Dans l'hypothèse d'une maladie de la caisse du tympan, nous avons montré dans un travail sur l'innervation des muscles tympaniques, le parti qu'on peut tirer de ce signe pour reconnaître à la suite des otites profondes la lésion du muscle du marteau, son inertie ou sa parésie consécutives, puisque la pression exercée sur l'oreille saine fait contracter synergiquement l'oreille malade. (V. paralysie faciale et otite.)

L'absence de transmission de l'excitation synergique dans le cas de sclérose est un fait mécanique, qui vient bien ex-

Digitized by Google

pliquer, du reste, la perte simultanée de l'effet des pressions centripètes sur l'audition du Diapason-Vertex, ajoutée aux autres signes des affections de l'oreille moyenne.

Quand une hémorrhagie, une inflammation ont altéré d'une façon sérieuse le contenu labyrinthique, le réflexe de l'accommodation synergique manque également; il est nul des deux côtés et coïncide avec une surdité tranchée et les divers troubles de l'équilibre et des sens qui constituent le syndrome des lésions labyrinthiques.

Dans l'hyperesthésie comme dans l'anesthésie, il n'existe rien de tel d'ordinaire; les réflexes sont intacts dans la plupart des hémisurdités hystériques. J'ai développé ce sujet dans ma statistique de la clinique otologique de la Salpêtrière de 1890-91.

L'observation suivante (résumée) montre la disparition nette du réflexe dans une surdité traumatique unilatérale.

Iº Obs. nº 430. — Lutz...; homme, 40 ans, serrurier; envoyé par le Dr Catuffe, est tombé d'une échelle de 4 mètres de hauteur; perte de connaissance, résolution, otorrhagie gauche, épistaxis, retour de la connaissance six heures après, resté un mois au lit; atteint, depuis l'accident, de surdité absolue avec bruits intenses à gauche, de vertiges continus avec crises dans les mouvements, incapacité de la station, de la marche et du travail à l'établi. La douleur a disparu tardivement, la tête reste lourde, embarrassée; mais la raison et toute l'intelligence sont, dès le premier moment, complètement revenues.

Examen de l'oreille gauche : tympan intact semi-opalescent en haut, sans vaisseau; triangle peu net, manche peu incliné, mobilité ample avec le siegle qui injecte les vaisseaux du manche, sans étourdir le sujet.

Diapason-vertex perçu droit, diapason mastoïde gauche perçu droit. L'oreille gauche close, le diapason toujours perçu à droite; ni autophonie, ni hyperacousie.

Les pressions centripètes sont positives à droite et à gauche, il y a une atténuation annoncée également, avec léger étourdissement dans la tête.

Réflexe O; en pressant sur l'oreille gauche, on n'obtient aucun changement du son perçu par l'air dans l'oreille droite. Claquement tympanique et vue du déplacement obtenu par le Politzer, sans vertige provoqué. L'examen ophthalmoscopique fait par

Digitized by Google

le Dr Kœnig n'a constaté aucune altération du fond de l'œil gauche.

Depuis deux mois, ce malade en observation n'a pas eu de changement dans son état auriculaire ; il a la tête plus libre et à peine moins de vertige dans les mouvements.

Autre fait sans traumatisme :

IIe Obs. 259. — Le nommé P..., 42 ans, grand et fort, exposé à la chaleur d'un fourneau d'usine, a été frappé, il y a six semaines, subitement de vertige à rouler à terre, sans perte de connaissance, avec sonneries, sifflets aigus dans l'oreille droite, qui est restée absolument sourde depuis. Aucun signe objectif; mobilité, aération faciles ; pressions à droite négatives ; et réflexes négatifs. Aucun changement dans ces constatations depuis le début de l'attaque ; malgré la grande amélioration des vertiges, obtenue par le traitement classique. L'oreille gauche est excellente. D.-V. perçu à gauche.

Diapason *la* 3 volumineux perçu d'une façon douteuse à droite. Les urines chargées d'acide urique.

Il s'agit bien évidemment là d'une hémorrhagie intra-labyrinthique sans autre complication, ni cérébrale ni auriculaire.

Mais, c'est dans les lésions cérébrales, ou intra-crâniennes que la recherche du réflexe d'accommodation offre de l'intérêt; on note en effet assez fréquemment sa disparition, qu'il y ait ou non des manifestations otiques.

De l'analyse des faits observés à la clinique, il semble résulter que la perte du réflexe binauriculaire a coïncidé avec les lésions de la moelle allongée, de la protubérance surtout ; tandis qu'elle resterait rare au contraire dans les affections des autres parties de l'encéphale ; au moins pour le cerveau, cela semblerait être la règle, même en présence d'une surdité grave.

Je ne donnerai ici que le fait suivant, résumé d'une observation fort démonstrative à ce point de vue.

IIIe Obs. 373. — Homme, 21 ans, parle difficilement, il entend par l'oreille gauche seulement la parole lente et à voix haute ; il a eu à l'âge de trois ans une méningite, dit son père, et il est resté sourd depuis.

Or, on trouve l'appareil conducteur absolument normal d'aspect et de mouvements, à droite et à gauche.

Digitized by Google

Diapason vertex perçu à gauche. Diapason perçu à gauche par l'air. M = 5 centimètres à gauche ; M = 0 à droite. Pressions positives à droite et à gauche et *réflexes binauriculaires intacts, très nets ;* trompes libres; rien aux narines ni au pharynx ; pas de vertige. La lésion paraît bien cérébrale, et la surdité ne semble liée à aucune lésion auriculaire.

IV. Le n° 39 a eu de la surdité totale passagère au moment de l'attaque d'hémiplégie droite qui l'amène ; c'est une syphilis cérébrale ; il entend aujourd'hui la M. à 1 mètre à droite et à gauche ; les pressions sont positives ; les réflexes normaux ; les organes auditifs sains.

V° Le n° 277, atteint d'hémiplégie droite avec aphasie, datant de 3 mois, a l'intelligence nette; il entend bien, comprend facilement. Mais il a encore une grande peine à s'exprimer. Il entend la M. à 50 centimètres à droite, et à 35 centimètres à gauche; les pressions sont positives, les réflexes normaux.

Je ne multiplie pas ces observations ; j'arrive aux faits les plus intéressants, parce qu'ils mettent bien en évidence l'utilité du signe, et sa valeur au point de vue de la localisation de la lésion intra-crânienne et du diagnostic général.

La statistique de l'année 1891-1892 m'a fourni trois faits bien clairs et démonstratifs de cette opinion, au milieu des 32 cas de maladies des centres nerveux qui ont été soumises à mon examen.

VI° Obs. 308 (résumée). 16 mars 1891. L..., homme, 27 ans, est pris il y a 10 jours d'un mal subit ; céphalalgie violente, vomissements ; grands vertiges qui l'ont retenu au lit ; aucun bourdonnement d'oreilles ; depuis lors diplopie, paralysie du moteur oculaire externe gauche ; parésie plutôt que paralysie faciale gauche complète (orbiculaire).

La montre est entendue à droite et à gauche à plus de 1 mètre. Il y a un léger nystagmus ; les pupilles sont normales. Le sujet dit spontanément qu'il a eu un peu d'assourdissement le premier jour. Pressions centripètes positives à droite et à gauche ; tympans mobiles ; diapason vertex central ; aucune douleur otique. *Réflexes binauriculaires nuls ;* ni à droite ni à gauche on ne modifie l'audition du son aérien par la pression.

Il est clair qu'il s'agit d'une lésion située sur le trajet des nerfs facial et moteur oculaire externe du côté gauche.

L'audition n'a pas été atteinte ; mais le réflexe otique est perdu. On peut ainsi préciser assez bien le siège protubérantiel

Digitized by Google

de la lésion. Ce sont les conducteurs qui ont été frappés surtout.

L'observation suivante est encore plus nette.

VII° Obs. 353, 5 septembre 1892. — Femme 35 ans. Il y a 15 mois, attaque subite d'hémiplégie droite et de paralysie faciale gauche avec surdité gauche.

Aujourd'hui, la paralysie faciale est bien améliorée ; mais la malade traîne encore sa jambe droite. Elle accuse un léger bourdonnement d'oreille à gauche. Diapason vertex central, mais peu net ; — D sur l'apophyse mastoïde bien perçue ; M. et D. non perçus à gauche, à droite M = 8 centimètres ; et Diapas. = B. Pressions positives à droite ; O à gauche. *Réflexe nul, en agissant de l'oreille sourde sur la bonne.*

La clinique nous a fait constater la persistance du réflexe dans le cas d'hémianesthésie hystérique, dans ceux où l'origine de la surdité est cérébrale, et non due à une affection auriculaire, labyrinthique ou autre. La disparition du réflexe dans cette observation indique l'existence d'autres conditions ; et la présence de la paralysie croisée annonce une lésion protubérantielle ou très proche de cet organe. Ce sont donc encore les centres réflexes qui ont été frappés ici, et le signe auriculaire, la perte du réflexe synergique coïncidant avec la surdité semble préciser le siège de la lésion (néoplasme ou hémorragie) au point d'origine du facial, de l'acoustique, au contact de la protubérance.

Le troisième fait a été publié dans l'étude sur « paralysie faciale ou otite ». Je la résume.

VIII° Demoiselle D..., 23 ans, a été, il y a 3 mois, prise subitement de céphalalgie, vomissements répétés, vertiges énormes, puis de légère et fugace hémiplégie droite, avec hémi-paralysie de la face persistante à droite également, et du moteur oculaire externe du même côté. Aucune douleur otique ; audition excellente des deux côtés ; fonctions de transmission normales ; effets de pressions normaux à droite et à gauche ; *mais réflexes = o* ; qu'on presse à gauche ou à droite on n'a modifié en rien l'audition si fine du son aérien.

Le diagnostic porté est celui-ci : tumeur ou produits plastiques au niveau de l'émergeance du facial et du nerf moteur oculaire externe droit, auprès de la protubérance.

Ce sont encore les conducteurs et les centres réflexes qui

Digitized by Google

ont été touchés ici, et le signe auriculaire vient s'ajouter à l'ensemble des autres signes pour confirmer la localisation.

IV

NOUVEAU MANUEL OPÉRATOIRE DE LA TRACHÉOTOMIE

PERFORATEUR OU TROCART TRACHÉAL A POINTE DISSIMULÉE PERMETTANT DE PRATIQUER LA TRACHÉOTOMIE SANS DILATATEUR ET SANS CONDUCTEUR.

Par le Dr J. GLOVER, ancien interne de la clinique de laryngologie de l'hopital Lariboisière.

Il est un temps de la trachéotomie qui, même entre les mains les plus heureuses, présente une difficulté réelle. C'est le temps principal de l'opération : l'introduction de la canule dans la plaie trachéale. Maintes fois il a été donné à chacun de nous d'observer que si dans quelques cas le bec de la canule pénètre avec facilité entre les lèvres de l'incision trachéale, dans d'autres cas moins heureux et pour des raisons multiples : latéralité, insuffisance de l'incision de la trachée, obliquité très prononcée de ce conduit en bas et en arrière, l'opérateur lutte d'adresse et de dextérité pour arriver à ce résultat. Et ces laborieux efforts sont à soutenir dans des conditions des plus défavorables : le champ opératoire est, en effet, restreint à une plaie étroite et profonde où le doigt seul peut servir de guide ; de plus, le temps pour agir se trouve limité par l'état plus ou moins prononcé de suffocation et d'asphyxie par lequel passe le pauvre patient, qu'il faut à tout prix, en quelques secondes, tirer de cette situation grave.

Aussi l'imagination de quelques chirurgiens s'est-elle donné libre cours pour créer, avec les constructeurs, des

Digitized by Google

méthodes tendant à simplifier cette délicate intervention. On trouvera dans le tome II de l'*Arsenal chirurgical*, de Baujot et Spillmann, édition de 1872 (Baillière), toutes les indications détaillées sur ces méthodes, que nous sommes obligés de passer en revue très rapidement.

Ce qui tout d'abord semble avoir préoccupé les chirurgiens dans la création de ces méthodes simplificatrices, c'est la fixation de la trachée et du cartilage cricoïde, afin que l'incision soit plus aisément pratiquée avec exactitude sur la ligne médiane. On voit tout d'abord dans les vitrines du vieil arsenal chirurgical le tenaculum cricoïdien de Chassaignac. Ce tenaculum porte sur sa convexité une cannelure, que l'on faisait suivre au bistouri lorsque l'instrument se trouvait implanté soit sur le cricoïde, soit sur les premiers anneaux trachéaux. L'instrumentation était complétée par un dilatateur à deux longues valves, dont le dilatateur actuel du Dr Laborde n'est qu'une reproduction modifiée. Langenbeck confond ensuite en un seul instrument le tenaculum fixateur avec le dilatateur. Il imagine un tenaculum double ou à deux branches qui, après la ponction de la trachée au bistouri, peuvent être écartées de façon à entr'ouvrir l'incision trachéale et à faciliter l'introduction de la canule.

Enfin, plus tard, on songe à réunir le bistouri et le dilatateur en un instrument appelé trachéotome dilatateur. Celui de M. le Dr Marc Sée est à manche et à trois branches, dont une coupante, deux dilatatrices. Le trachéotome de M. Benjamin Anger à deux anneaux et à trois branches de même que les deux modèles de trachéotomes fixateurs et dilatateurs de M. Maisonneuve sont des instruments de même genre, fort ingénieux et de construction très habile. Mais, en vérité, la ponction médiane de la trachée bien fixée, pas plus que la dilatation de la plaie trachéale ne constituent d'inabordables difficultés. De telle sorte que les trachéotomes dilatateurs, fixateurs ou non fixateurs, n'ayant en vue que la simplication de ces temps de l'opération, qui précèdent l'obstacle chirurgical réel, c'est-à-dire l'introduction de la canule, les trachéotomes, disons-nous, sem-

Digitized by Google

blent aujourd'hui avoir été en partie relégués au rang des instruments délaissés.

Visant mieux la vraie difficulté, le Dr Racolot fit construire plus récemment, sur ses indications, un trocart trachéal des plus simples. La canule chargée de son trocart était introduite d'un coup. Mais, d'une part, la pointe fixe de ce trocart fut redoutée des chirurgiens ; d'autre part, la colonne d'air à l'intérieur de la canule, munie du trocart, était insuffisamment ménagée. Le bruit respiratoire intracanulaire, guide indispensable du bon chemin, retentissait mal au moment de l'introduction de l'instrument dans la trachée. Avec ces deux inconvénients, le trocart trachéal eut peu de succès.

En somme, malgré toutes ces tentatives méritoires en vue de simplifier cette opération, quelquefois laborieuse, par la création d'instruments variés, on voit encore aujourd'hui chaque opérateur pratiquer la trachéotomie, chez l'adulte comme chez l'enfant, par son procédé personnel. Et les différentes méthodes ne varient que par la mise à profit de quelques petits moyens, qui semblent à chacun individuellement plus simples et plus pratiques.

Nous n'avons pas à insister sur la préférence de quelques-uns pour le thermocautère ou pour le bistouri et la sonde cannelée dans la dénudation préalable de la trachée. De même ceux-ci, les plus nombreux, ponctionnent la trachée au bistouri ; ceux-là usent du thermocautère pour cette ponction. Tel opérateur ne pratiquera pas la ponction sans avoir bien isolé la trachée à l'aide d'écarteurs protégeant les paquets vasculo-nerveux latéraux du cou. Tandis que les uns introduiront aisément la canule sans l'aide d'aucun instrument auxiliaire, les autres se serviront souvent d'un dilatateur de Laborde et d'un conducteur de Krishaber ou de Péan. Enfin, alors qu'entre des mains très habiles la trachéotomie chez l'enfant en particulier est exécutée en un temps suivant le procédé de M. le Dr de Saint-Germain, l'opération est la plupart du temps effectuée en trois temps méthodiques par le plus grand nombre des chirurgiens.

Le manuel opératoire simplifié que nous soumettons au-

Digitized by Google

jourd'hui à l'appréciation de nos confrères est basé sur ce principe. Il nous a semblé possible d'éviter tout danger pour la trachée elle-même et les organes voisins pendant la ponction du conduit aérien à l'aide d'un trocart chargé d'une canule. Et ce résultat nous est aujourd'hui acquis par l'expérience sur le vivant *en dissimulant presque automatiquement la pointe du trocart au moment où elle devient redoutable.* Ainsi nous sommes convaincus de pouvoir placer sans crainte dans la trachée une canule à l'aide d'un trocart à pointe dissimulée, trocart qui sert de conducteur et nous permet, par sa conformation, de négliger totalement l'usage d'un dilatateur trachéal quelconque pour mener rapidement à bien l'opération.

L'instrument que nous proposons, nous tenons à le dire ici en prévision des critiques fréquentes accusant couramment les nouveaux instruments de n'être que des modifications surannées des anciens, cet instrument, disons-nous, est une innovation et non une simple modification d'instruments analogues antérieurs.

Sa description sera courte.

Description de l'instrument. — Le trocart trachéal à pointe dissimulée a été construit par Mathieu sur nos indications.

Il est composé de deux parties essentielles :

1° Le corps du trocart, représenté par un tube creux courbe, terminé à l'une de ses extrémités par une tête, et à l'autre par une pointe;

2° Un ressort à boudin ou spiroïde.

Le tube creux courbe, qui représente le corps du trocart, a le même rayon de courbure et le même diamètre que la canule interne correspondant à la canule que l'on veut introduire.

De telle sorte que chaque canule possède son trocart et que pour la série des numéros de canules d'enfant et d'adulte il faut une série des trocarts correspondants. Les trocarts peuvent être employés avec les canules de tous les constructeurs, pourvu évidemment que le rayon de courbure et le diamètre soient ceux des canules couram-

Digitized by Google

ment utilisées. (Luër. Voir les catalogues des fabricants.) De plus le trocart est plus long que sa canule correspondante, qu'il dépasse non seulement au niveau du bec de celle-ci où cela est nécessaire, mais encore il émerge de la canule dans une certaine étendue au niveau de l'orifice de sa plaque.

Le corps du trocart est terminé d'une part par une tête. Cette tête est représentée par un pavillon très évasé. Le pavillon se continue par un large orifice avec l'intérieur du trocart tubulaire. Cet orifice a donc la dimension exacte du calibre même du trocart. Sur les côtés de la tête du trocart se trouvent des œillères qui assurent la libre circulation latérale de l'air dans l'intérieur lorsque l'orifice du pavillon est momentanément oblitéré par le pouce droit, comme nous le verrons, pendant la ponction. D'autre part le corps du trocart est terminé par une pointe. Cette pointe est arrondie et plus ou moins aiguë. Il n'est pas abolument nécessaire qu'elle soit très acérée. Elle est taillée par deux biseaux latéraux de telle sorte qu'avec cette pointe l'incision de la trachée sera linéaire. Le coupant le plus prononcé est à l'extrémité et en avant. En arrière, au contraire, on a pris soin d'émousser le bec du trocart de façon à éviter la blessure de la paroi postérieure de la trachée, si toutefois on usait d'une façon malheureuse de l'instrument.

Toute cette extrémité du trocart est minutieusement exécutée pour qu'elle se continue régulièrement et sans ressaut avec le bec de la canule sur lequel elle doit glisser à frottement. Enfin, tout au voisinage du bec de la canule, le trocart porte deux larges œillères qui font immédiatement suite à la pointe dans l'évolution de l'instrument dans la trachée, de façon à recueillir largement la colonne d'air du conduit aérien et à informer par le bruit intra-canulaire caractéristique du bon chemin l'opérateur, généralement auxieux à cette période de l'intervention.

Le ressort, seconde pièce essentielle de l'instrument, est enroulé à l'extérieur du trocart sur cette partie libre que nous avons signalée entre la plaque de la canule et la tête du trocart. Le ressort, par sa situation extérieure, ne gêne donc en aucune façon la libre et large circulation de l'air à l'inté-

Digitized by Google

rieur de la canule armée de son trocart. Ce ressort tendu occupe exactement la distance ménagée entre la plaque de la canule et la tête du trocart. C'est ainsi que se trouve réalisée la saillie de la pointe de celui-ci (V. fig. 3.)

Le ressort détendu a besoin pour se placer du double de cet espace, et c'est ce déplacement qui détermine le retrait spontané de la pointe du trocart à l'intérieur de la canule. (Voir fig. 1.)

Cette description technique et aride de l'instrument est bien résumée dans la légende qui se trouve au-dessous des dessins ci-joints. Nous prions le lecteur de s'y reporter.

Nous arrivons à la description du manuel opératoire avec cet instrument.

Manuel opératoire. — Il est inutile que nous insistions sur les précautions ordinaires d'antisepsie du champ opératoire. Le malade est couché. Le cou est bien tendu sur un coussin roulé et résistant, la tête est maintenue bien droite par un aide qui applique ses mains sur les côtés de la mâchoire en dissimulant ses doigts. La canule et son trocart ont été choisis : n°s 1, 2, 3 pour l'enfant; n°s 4, 5, 6, 7 pour l'adulte. Pour employer le n° 7 du trocart, il faut avoir à opérer sur un cou long; toutefois ce numéro peut, comme le n° 6, plus fréquemment utilisé, être introduit sans trop de difficulté. La pointe du trocart aura été repassée avant chaque opération.

La trachée étant préalablement dénudée, on détermine exactement la saillie du tubercule cricoïdien par la pulpe de l'index de la main gauche. Le pouce de cette même main d'un côté et les autres doigts d'autre part doivent contribuer à immobiliser la trachée autant que possible en l'étreignant légèrement sans peser lourdement sur les paquets vasculo-nerveux latéraux du cou.

La main droite tient la canule chargée de son trocart bien armé (v. fig. 3). Pour bien armer le trocart sur la canule à introduire, c'est-à-dire pour faire saillir complètement la pointe du trocart au bec de la canule, on tient les deux pièces, canule et trocart, ce dernier introduit dans la première, en rapprochant la tête du trocart de la plaque de la

Digitized by Google

canule de façon à tendre le ressort. On arrive à ce résultat en serrant par une pression suffisante d'une part avec le pouce droit appliqué sur la partie supérieure du pavillon de

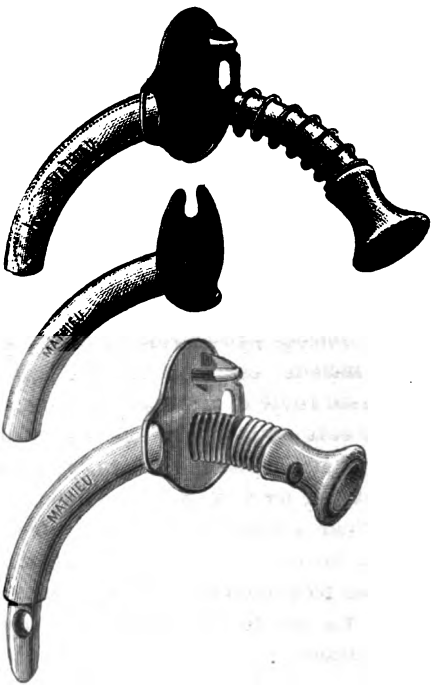


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 1. — Canule externe n° 2 et son trocart. Le trocart est désarmé; le ressort étant détendu, la pointe a disparu à l'intérieur de la canule où une ligne pointillée indique sa présence. Aspect du rapport que doit affecter le trocart avec sa canule aussitôt après l'introduction du bec de la canule dans la plaie trachéale.

Fig. 2. — Canule interne.

Fig. 3. — Canule externe n° 2 et son trocart. Le trocart est armé; le ressort étant tendu entre la tête du trocart et la plaque de la canule par la pression des doigts de la main droite, la pointe fait saillie, émergeant du bec de la canule. Aspect du rapport que doit affecter le trocart avec sa canule au moment de ponctionner la trachée.

la tête du trocart; d'autre part, avec deux doigts, index et médius droits par exemple, appliqués sur la partie supérieure de la plaque de la canule. On peut encore tenir trocart et canule d'autres façons. Et nous pouvons dire que

Digitized by Google

l'opérateur a toujours bien en main son instrument quelque soit le moyen qu'il emploie pour le tenir. Il est seulement une précaution à prendre pour le pouce droit. Il faut éviter autant que possible d'oblitérer totalement l'orifice du pavillon du trocart, afin de laisser libre cours à la colonne d'air pendant la ponction produite par la pression du pouce.

On y parvient aisément en appuyant le pouce sur le bord seulement du pavillon de la tête du trocart.

De la main droite, tenant ainsi le trocart bien armé dans sa canule, nous faisons glisser la partie postérieure mousse de la pointe de l'instrument sur l'ongle de l'index gauche, qui détermine dans la partie supérieure de la plaie le tubercule cricoïdien. Puis, d'un seul coup, nous ponctionnons sur la ligne médiane les anneaux trachéaux en enfonçant la pointe jusqu'au moment précis de la production du bruit respiratoire intra-canulaire. A ce moment même, le trocart n'ayant plus d'utilité, nous détendons le ressort en retirant le pouce droit, et nous saisissons la plaque de la canule que nous poussons à fond dans la trachée. En asseyant le malade, le trocart tombe au dehors de la canule par son propre poids ; il est aussi chassé par l'accès immédiat de toux réflexe.

La canule a suivi la pointe de l'instrument coupant. La ponction de la trachée a eu lieu en même temps que l'introduction de la canule. Et l'opérateur est, en un seul instant, bien vite délivré de tout souci.

Nous n'avons nullement la prétention d'attribuer à notre procédé une valeur telle que nous le croyons capable de faire abandonner la méthode couramment employée, quelquefois simple, quelquefois compliquée. Nous désirons seulement attirer l'attention sur les profits à tirer de la simplicité du manuel opératoire à la portée de tous au moyen du trocart trachéal à pointe dissimulée ; nous désirons que l'on se persuade, par des essais à l'amphithéâtre, de son innocuité et de sa rapidité d'exécution.

Expérimentation sur l'animal. — A deux reprises nous avons eu l'avantage de pouvoir pratiquer l'essai du trocart trachéal sur deux chiens, préalablement utilisés à l'Hôtel-

Digitized by Google

Dieu, dans le laboratoire du Dr Gley, agrégé de physiologie de la Faculté, que nous sommes heureux de pouvoir remercier ici de son aimable accueil.

1er *fait.* — 22 février. Chien de 17 livres, non chloroformé. Le n° 2 est introduit sans difficulté immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde. *Hémostase absolue* au moment de la ponction. Après la ponction, nous examinons la trachée : plaie antérieure linéaire dont les lèvres viennent exactement s'appliquer sur la paroi de la canule. La paroi postérieure de la trachée n'a pas été touchée par la pointe du trocart.

2e *fait.* — 19 mars. Chien de 22 livres, chloroformé depuis deux heures un quart. Le n° 3 du trocart pénètre facilement *sans ressaut* au moment de l'introduction du bec de la canule dans la trachée. *Hémostase absolue* pendant la ponction. Aucune lésion de la paroi postérieure de la trachée examinée ensuite.

Déductions. — 1° L'extrémité ou bec de la canule n'accroche pas en franchissant la plaie trachéale; 2° l'hémostase paraît absolue pendant la ponction de la trachée; 3° il semble impossible, même en déprimant légèrement la trachée, de léser sa paroi postérieure avec la pointe du trocart, si l'on fait bien disparaître à temps cette pointe aussitôt après la ponction.

Expérimentation sur le cadavre. — Nous nous sommes attachés à reconnaître le même fait sur le cadavre.

Nous avons pu pratiquer sur huit sujets à l'école pratique après les exercices derniers de médecine opératoire, la trachéotomie avec le trocart trachéal. Nous avons de même reconnu qu'il est impossible, même en déprimant la trachée, de léser dangereusement sa paroi postérieure avec la pointe du trocart qui disparaît presque automatiquement. Sur deux sujets adultes, nous avons pratiqué la laryngotomie inter-cricothyroïdienne avec une grande facilité. Chez l'un des deux, très amaigri, nous sommes parvenu à faire la manœuvre opératoire en un temps sans incision de la peau. Le trocart n° 5 employé présentait une pointe plus aiguë.

Enfin, ces données expérimentales une fois acquises nous avons été autorisé par notre maître, M. le Dr Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière, à expérimenter

Digitized by Google

l'instrument sur les malades de son service. Nous sommes heureux de dire de suite que nos essais ont été couronnés de succès. Ces essais du reste seront continués à chaque occasion dans le service.

Obs. I. — P. (Désiré), 62 ans. H. *Salle Lasègue, n° 29. — Sténose glottique chez un tuberculeux.*

Malade depuis six mois. Aphonie. Crises de suffocations depuis 3 mois surtout.

8 *avril.* Entrée à l'hôpital. Crises d'étouffements dans la nuit.

9 *avril. Trachéotomie.* Dénudation de la trachée au bistouri et au thermo-cautère. On emploie les écarteurs. Durée de la dénudation, 3 minutes. Ponction de la trachée et introduction de la canule n° 6 au moyen du trocart. Durée de la ponction et introduction : 6 secondes. *Hémostase* complète pendant la ponction. Suites de l'opération régulières, pas de fièvre jusqu'au 22 avril, sauf 38°,8, le 11 avril.

Obs. II. — L. Eugène, 50 ans. H. *Salle Lasègue, n° 4. — Sténose glottique chez un tuberculeux. — Tuberculose ganglionnaire.*

14 *avril.* Entrée à l'hôpital. Cornage surtout la nuit.

15 *avril. Trachéotomie.* Dénudation de la trachée au bistouri et à la sonde cannelée. Ponction de la trachée sur l'index et sans écarteurs au moyen du trocart n° 4. Durée totale : 60 secondes. Ponction et introduction de la canule : 3 secondes. Suites excellentes, pas de fièvre, 37°,7 au plus, jusqu'au 30 avril. L'hémostase a été complète pendant la ponction de la trachée et la suffocation, après l'introduction de la canule, à peine marquée. Le malade se lève seul du lit d'opération et retourne sans assistance se coucher à sa place.

Digitized by Google

V

EXTIRPATION PAR VOIE NATURELLE DES PAPILLOMES MULTIPLES DU LARYNX CHEZ L'ENFANT, A L'AIDE D'UNE NOUVELLE MÉTHODE : L'INTUBATION AVEC TUBE FENÊTRÉ.

Par le Dr L. LICHTWITZ (de Bordeaux).

Tout laryngologiste connaît les difficultés qui se présentent chez l'enfant lorsqu'il s'agit d'enlever des papillomes du larynx par voie naturelle. Avec un peu de patience on arrive bien, dans beaucoup de cas, à voir les papillomes au laryngoscope malgré l'épiglotte tombante du larynx infantile, mais quand on veut les extirper par voie endolaryngée, on se heurte à des obstacles le plus souvent insurmontables.

Ces obstacles sont occasionnés, même chez l'enfant le plus docile, par son impatience, par l'épiglotte tombante et par l'étroitesse de l'organe vocal. D'un autre côté, la sténose croissante ne permet souvent pas d'exercer l'enfant longtemps pour l'habituer à l'application du miroir et des instruments laryngés, et l'emploi de la cocaïne en solutions concentrées ne serait pas sans danger, l'enfant pouvant l'avaler.

Aussi, existe-t-il dans la littérature médicale peu d'observations d'enfants au-dessous de 12 ans, chez lesquels l'extirpation de papillomes par voie naturelle ait pu être faite, tandis que les cas opérés par la laryngofissure sont nombreux. Il est cependant certain que l'opération par voie artificielle est loin d'être inoffensive malgré les résultats assez favorables qu'en a obtenus Hopmann (1) dans ses 17 cas.

Hoffa (2), dans une statistique comprenant les 104 cas de tumeurs, sténoses et de corps étrangers du larynx opérés à l'aide de la laryngofissure depuis 1879, dit que tout médecin

(1) Hopmann. *Intern. Centralbl. f. Laryngologie*, V, p. 365, 1888.
(2) Hoffa. *Therapeut. Monatsh.*, p. 498-500 1888.

Digitized by Google

de bon sens, avant d'avoir recours à la laryngofissure, essayera d'abord la méthode endolaryngée, méthode plus douce et moins vulnérante.

Tout dernièrement Ruault à la séance de février de la Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris s'est prononcé dans le même sens en disant qu'il préfère la méthode endolaryngée qui présente plus d'avantages et dont les risques opératoires sont moindres.

Dans les cas de papillomes multiples, l'ouverture du larynx n'a pas même l'avantage de permettre toujours une extirpation complète et d'éviter la récidive, car, bien souvent en effet, on a été obligé de faire la laryngofissure une deuxième fois (cas de Hopmann) ou de procéder ensuite à l'ablation endolaryngée des papillomes qui avaient récidivé. (Voir par exemple la dernière des quatre observations rapportées dernièrement par Bornemann (1).

De plus, les résultats phonétiques obtenus par la laryngofissure sont certainement moins bons que ceux que donne l'intervention endolaryngée. Cela tient à ce que dans la première méthode on enlève habituellement plutôt plus que moins, tandis que dans la méthode endolaryngée on n'a pas besoin d'extirper dans une séance tous les néoplasmes, car on a toujours le temps de compléter l'opération par la même voie.

La thyrotomie n'est donc pratiquée dans les papillomes de l'enfant que faute d'un meilleur procédé.

Chez une petite fille atteinte de papillomes du larynx que j'ai eu à soigner dernièrement, je reculais devant l'intervention par voie extérieure, qui dans un cas de carcinome de la corde vocale, que j'ai publié l'année dernière (2), avait amené la mort du malade cinq jours après.

Je cherchais à enlever les papillomes par voie endolaryngée, mais mes efforts sont restés infructueux, jusqu'à ce que j'ai eu l'idée de mettre à profit l'intubation modifiée *ad hoc* que j'appelle *intubation avec tube fenêtré*.

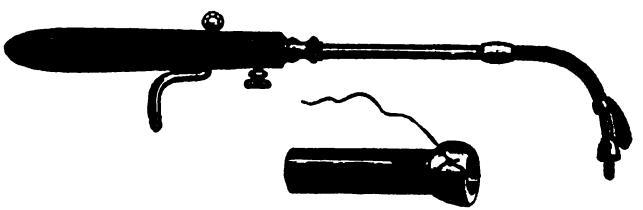
(1) Bornemann. *Deutsche med. Woch.*, n° 15, 1891.
(2) Lichtwitz. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, etc., n° 11, 1891.

Digitized by Google

Grâce à cette intubation, je crois avoir trouvé une méthode qui permet d'enlever chez l'enfant par voie endolaryngée les tumeurs bénignes du larynx et de la partie supérieure de la trachée dans beaucoup de cas où, jusqu'à présent, on a été obligé de recourir à la thyrotomie.

Cette méthode exige seulement qu'on puisse détermiminer le siège du néoplasme au moyen du laryngoscope.

Elle consiste à pratiquer l'intubation d'après le procédé de Bouchut-O'Dwyer, *à l'aide de tubes percés d'une fenêtre exactement située au niveau où se trouve la tumeur afin que cette dernière fasse hernie dans l'intérieur du tube.* (Voir les deux figures dont l'une représente l'intubateur, 1/3 grandeur naturelle, et l'autre, le tube fenêtré, 3/4 grandeur naturelle, qui m'a servi pour extirper les papillomes implantés au-dessous de la commissure antérieure des cordes vocales.)



Une fois qu'on a placé le tube dont la grosseur doit correspondre à l'âge de l'enfant, on se rend compte, avec le laryngoscope si le néoplasme paraît dans la fenêtre du tube. Puis, sans autre guide que le doigt, on introduit dans le tube une pince, une curette, un serre-nœud, un porte-caustique ou d'autres instruments laryngés et on enlève ou on cautérise la partie de la tumeur qui fait saillie dans le tube. Il est important de se servir, surtout chez les enfants en bas âge, de tubes cylindriques et à paroi mince et non de tubes aplatis à paroi épaisse, car les premiers, tout en ayant la même grosseur, ont une lumière plus grande et permettent plus facilement d'introduire à l'intérieur des instruments laryngés qui doivent être de petites dimensions.

Des expériences sur des cadavres d'enfant m'ont ren-

Digitized by Google

seigné sur la position que le tube occupe dans le larynx quand il est enfoncé le plus bas possible : On trouve invariablement que son rebord supérieur saillant, vient se placer sur les bandes ventriculaires qui l'empêchent de glisser dans la trachée et que le collet du tube correspond au niveau des cordes vocales. Il faut donc pour les tumeurs des cordes vocales tailler une fenêtre dont le centre se trouve immédiatement au-dessous du rebord épaissi du tube. Pour les tumeurs sous-glottiques, la fenêtre doit être plus bas. Pour les tumeurs des bandes ventriculaires, il est nécessaire, ou de faire une entaille dans le rebord saillant, ou mieux encore de retirer faiblement le tube par le fil qui y est attaché et de se servir d'une fenêtre située plus bas. Selon que la tumeur est dans la commissure antérieure des cordes vocales ou dans la moitié droite ou gauche, on emploiera des tubes ayant la fenêtre en avant ou à droite ou à gauche. Les tumeurs bénignes étant presque toujours implantées dans la partie antérieure du larynx, les tubes avec fenêtres regardant en arrière seront rarement nécessaires.

Les tubes doivent être noircis à l'intérieur pour faciliter l'examen laryngoscopique. Parfois cet examen est impossible après l'intubation ; on peut toutefois tenter l'extraction des néoplasmes quand même, car il est presque impossible de rien léser, on risque seulement de ne rien retirer et on est quitte pour recommencer l'intubation avec un tube muni d'une fenêtre plus grande.

Tel est le procédé que j'ai employé avec plein succès et sans la moindre réaction inflammatoire locale ou générale dans le cas suivant où la laryngofissure, sans cette méthode, aurait été inévitable.

Observation. — Eugénie Th..., âgée de 5 ans 1/2, m'est amenée par ses parents le 26 octobre 1891. Il y a 14 mois, on s'aperçut que l'enfant était enrouée. Depuis deux mois l'enrouement a fait place à une extinction de voix complète. Depuis la même époque, il s'est déclaré une gêne de la respiration, qui est surtout très prononcée depuis un mois. L'enfant se réveille souvent la nuit avec des crises d'étouffement.

Ces crises devenant de plus en plus inquiétantes, les pa-

Digitized by Google

rents, qui habitent les Basses-Pyrénées, viennent à Bordeaux et consultent un confrère qui conseille l'entrée immédiate de la petite malade à l'hôpital des Enfants pour lui faire subir l'extirpation, par voie artificielle, de ses néoplasmes laryngés. Les parents viennent alors demander mon avis.

Examen du 26 octobre 1891 : L'enfant présente tous les symptômes d'une sténose laryngée très prononcée. Il existe du tirage et du cornage; au moindre effort, elle est prise d'un accès de suffocation. Aphonie complète; état général assez bon.

L'examen laryngoscopique, difficile à cause de la dyspnée et de l'épiglotte tombante, permet, après plusieurs essais, de reconnaître l'existence d'une tumeur en forme de languette mobile, qui semble être implantée au niveau de la commissure antérieure des cordes vocales et qui obstrue toute la glotte. Au moment des fortes expirations, la tumeur vient parfois se placer derrière l'épiglotte, la dépassant un peu, et pendant l'inspiration elle est aspirée et disparaît dans l'espace sous-glottique. Il est difficile de se rendre compte de l'existence d'autres néoplasmes.

Voyant l'enfant très docile, je voulais tenter une ablation par voie endolaryngée; mais, pour me mettre à l'abri de tout accident, je priai M. le professeur agrégé Piéchaud d'être présent à mes premiers essais d'extraction et de se tenir prêt à faire la trachéotomie si elle devenait urgente.

En effet, le lendemain matin, 27 octobre, après un badigeonnage avec une solution faible de cocaïne, je fis les premiers essais d'extraction avec une pince laryngienne, mais sans résultat. Voyant que l'enfant supportait l'introduction des instruments sans spasmes laryngés inquiétants, je recommençai l'après-midi en me servant d'un serre-nœud laryngé et je réussis à saisir le bout de la languette, au moment où elle s'enclavait entre l'épiglotte tombante et la région des aryténoïdes.

L'enfant respirait un peu mieux après l'opération et elle passa la nuit sans accès de suffocation. A partir de ce jour-là, je fis, pendant trois semaines, des essais quotidiens d'extraction, mais sans le moindre résultat.

L'examen laryngoscopique me permit seulement de constater que les deux tiers antérieurs du larynx et une partie de l'espace sous-glottique étaient remplis des papillomes en forme de choux-fleur.

La respiration étant toujours très gênée, j'essayai, selon le

Digitized by Google

conseil donné par Ranke (1) et par Baldwin (2) de faire disparaître les néoplasmes par compression en laissant un tube de Bouchut-O'Dwyer à demeure plus ou moins longtemps.

Le 18 décembre, j'introduisis donc, non sans difficulté, un tube dont les dimensions correspondaient à l'âge de l'enfant et je continuai ce traitement tous les 2 jours pendant plus d'un mois. L'enfant ne supportait le séjour des tubes que 15 à 30 minutes.

Bien qu'à plusieurs reprises, de nombreux fragments de papillomes se fussent détachés, à la suite de l'introduction du tube, je constatai que les tumeurs ne diminuaient pas et que la dyspnée augmentait, au contraire.

J'eus alors l'idée de percer une fenêtre dans le tube, à l'endroit qui, d'après mes expériences sur le cadavre, était en contact avec la masse principale des néoplasmes, une fois le tube enfoncé.

Les deux premiers essais demeurèrent infructueux, car la fenêtre était trop petite ; mais la troisième fois, en employant un tube plus largement fenêtré, ayant un diamètre de 5 millimètres, je réussis à retirer, avec la pince de Schrœtter et avec la petite pince à cuillère tranchante de Heymann, de nombreux fragments. En renouvelant cette manœuvre dans cinq autres séances, avec d'autres tubes, j'enlevai successivement toutes les masses papillaires — plus de trente fragments — qui remplissaient le larynx et l'espace sous-glottique.

Finalement, à l'aide du porte-caustique de Schrœtter, je cautérisais au nitrate d'argent en substance les points d'implantation de la tumeur en me servant aussi du tube fenêtré.

Lorsque le tube était en place, on voyait nettement au laryngoscope les masses faisant saillie à l'intérieur. Parfois, cependant, l'examen laryngoscopique était impossible à cause de l'irritabilité de la gorge de l'enfant.

Les séances d'extirpation n'ont jamais été suivies de la moindre réaction locale ou générale.

Actuellement l'enfant respire sans la moindre gêne, et la voix, bien que rauque, est devenue très compréhensible.

A l'examen laryngoscopique fait le 21 février 1892, on ne découvre plus de tumeurs papilliformes.

On voit seulement que la moitié antérieure de la corde vocale droite et la muqueuse au-dessous de la commissure antérieure

(1) Ranke. *Münch. med. Woch.*, nos 28 et 29, 1889.
(2) Baldwin. *New York med. Record*, 8 mars 1890.

Digitized by Google

des cordes vocales est légèrement rugueuse. La bande ventriculaire gauche est tuméfiée et recouvre en partie la corde vocale gauche. En cas de récidive, je me propose d'extirper les papillomes en me servant du même procédé opératoire que l'enfant supporte, du reste, sans opposer de résistance. Les papillomes ont récidivé depuis et j'ai été obligé de les enlever de nouveau dans plusieurs séances. Le 12 avril il n'en restait que peu de traces.

Bien que je n'aie eu l'occasion d'employer cette méthode d'intubation avec tube fenêtré que chez cette malade, je ne doute pas, en me basant sur ce cas et aussi sur mes expériences faites sur le cadavre, *qu'elle pourra rendre de grands services chez l'enfant dans la plupart sinon dans tous les cas de tumeurs bénignes du larynx.*

La méthode a le grand avantage d'agir beaucoup plus promptement que la méthode endolaryngée simple, encore faut-il que cette dernière soit toujours possible. De plus, elle est absolument inoffensive, car le tube protège les parties saines du larynx de tout contact fâcheux avec les instruments laryngés tranchants ou cautérisants. Enfin, l'intubation avec canules fenêtrées, en immobilisant les cordes vocales, permet encore d'extraire les tumeurs sous-glottiques dont l'ablation endolaryngée n'était guère, jusqu'à présent, possible chez l'enfant.

Pour cette dernière raison, l'intubation avec canule fenêtrée sera aussi employée utilement chez l'adulte dans les cas de tumeurs bénignes qui siègent dans la partie supérieure de la trachée.

L'intubation, destinée d'abord à remplacer la trachéotomie chez l'enfant, dans les cas de sténose diphtéritique et dans les cas de corps étranger de la trachée a, dans ces derniers temps, déjà trouvé d'autres applications. Ainsi elle a été employée par O'Dwyer (1), Dillon Brown (2), Lefferts (3),

(1) O'Dwyer. IXe Congrès international, section laryngologique, 1889; in *Wien. med. Blätter*, n. 20 et 21, 1888.

(2) Dillon Brown. *New York med. Record*, p. 415, 13 avril 1889.

(3) Lefferts. Xe Congrès international, section laryngologique; in *New York med. Record*, 4 octobre 1890).

Digitized by Google

Massei (1), Schmiegelow (2) chez des adultes atteints de sténose chronique du larynx au lieu des procédés préconisés par Schrœtter. En pratiquant l'intubation avec des canules fenêtrées on pourra combiner l'action dilatatrice lente des tubes avec la discision des brides cicatricielles pratiquée à travers une fenêtre placée à l'endroit voulu.

La méthode de l'intubation avec tube fenêtré sera encore employée utilement chez l'adulte toutes les fois qu'on voudra, pendant un certain temps, agir dans l'intérieur du larynx, par exemple dans l'électrolyse, le curetage, etc. Il sera important de se servir à cet effet, non des tubes à paroi épaisse, mais des tubes à paroi mince.

Ce n'est que lorsque l'intubation avec tube fenêtré sera entrée dans la pratique laryngologique qu'on pourra juger de l'importance de cette méthode chez l'adulte.

Quant à son utilité chez l'enfant, je crois l'avoir suffisamment démontrée avec preuve anatomique et clinique à l'appui.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies de la gorge, du nez et de l'oreille, par P. Mc Bride. (*Edimbourg*, 1892, *Young J. Pentland*, éditeur.)

L'auteur, dans un livre très soigné, orné de 38 planches très remarquables, dont la plupart sont originales, a réuni l'étude des maladies de la gorge, du nez et de l'oreille. Les affections de la gorge se subdivisent en maladies du pharynx et du larynx, de telle sorte que l'ouvrage se divise réellement en quatre sections.

1° *Maladies du pharynx.*

Après avoir décrit succinctement les méthodes d'examen et avoir mentionné les instruments dont il se sert et les procédés de thérapeutique générale, l'auteur étudie successivement :

1° Les inflammations aiguës :

Catarrhe aigu ;

Pharyngite septique, légère et plegmoneuse ;

(1) Massei. *Revue de laryngologie*, 15 juillet 1891.
(2) Schmiegelow. *Internat. Centralbl. f. Laryng.*, tome VIII, p. 30, 1891.

Digitized by Google

Pharyngite gangreneuse;
Diphtérie du pharynx.

Ici, comme dans la plupart, sinon tous les auteurs anglais, la description de la diphtérie est confuse. Il met en doute les recherches de Roux et Yersin, et, bien que l'auteur semble éviter le mot croupal pour qualifier les fausses membranes, il résulte de la lecture des quelques pages qu'il y consacre que, loin d'avoir une idée exacte de ce qu'est l'angine diphtéritique, il reste perplexe sur la question du diagnostic, qu'il trouve extrêmement difficile. En un mot, il reste, au fond, plein d'hésitation et s'en rapporte à l'appréciation de ses compatriotes,

Viennent ensuite :

L'herpès,

Les amygdalites divisées en 4 classes :

1° Amygdalite superficielle ou catarrhale ;
2° — lacunaire ;
3° — folliculaire ;
4° — avec abcès.

Les abcès rétro-pharyngiens.

Parmi les inflammations chroniques, sont rangées :

La pharyngite chronique catarrhale,
La pharyngite hypertrophique.
La pharyngite atrophique ;
Les inflammations chroniques des amygdales.

L'auteur est surtout partisan de l'amygdalotomie classique. Il admet cependant la galvano-caustique si l'amygdale n'est pas trop hypertrophiée.

Puis viennent les maladies infectieuses chroniques : syphilis, tuberculose, lupus, rhinosclérome et lèpre ; et sous le titre de maladies diverses : la pharyngomycose, les corps étrangers, les tumeurs, etc...

Enfin les névroses, dans lesquelles rentrent les paralysies. Nous n'avons rencontré rien qui, de loin ou de près, se rapporte à l'insuffisance vélo-palatine si bien décrite depuis par Lermoyez.

2° *Maladies du larynx.*

Voici le plan adopté par l'auteur :

Examen et séméiologie;
Thérapeutique générale ;
Inflammations aiguës et chroniques ;
Maladies infectieuses chroniques ;
Tumeurs ;

Digitized by Google

Maladies diverses;

Névroses.

C'est du reste le plan de la première partie et aussi celui des deux dernières.

Dans les névroses l'auteur parle des paralysies sans mentionner la contracture.

Nous devons faire ici une remarque. Dans les 131 pages que l'auteur consacre aux maladies du larynx, pas une seule mention ne se trouve des travaux nombreux du docteur Gouguenheim. De plus, à l'index des noms d'auteurs mentionnés dans l'ouvrage et placé à la fin du volume, et qui contient pourtant les noms de tous les auteurs français, le nom de Gouguenheim est absent.

M. Mc Bride ignorerait-il les publications du Dr Gouguenheim, qui cependant sont connus de tous les spécialistes?

3° *Maladies du nez.*

Nous ne ferons que signaler ici quelques points principaux de l'exposé des maladies du nez. L'auteur, au chapitre II intitulé « Séméiologie générale », donne un bon résumé critique des réflexes d'origne nasale.

Au chapitre des Rhinites, Mc Bride signale la *Rhinite fibrineuse*, dont il n'a rencontré, dit-il, qu'un seul cas. Cette variété si rare ne nous semble point démontrée, et la description qu'il en donne ne saurait nous éclairer sur cette question.

A propos des maladies infectieuses chroniques, l'étude du lupus est un peu écourtée et confuse ; le diagnostic différentiel est trop sobrement traité. La bibliographie du lupus (même du lupus primitif de la muqueuse nasale) est cependant assez riche, comme le montre la thèse de Raulin (1889). Mc Bride opère les végétations adénoïdes avec l'instrument de Gottstein que nous employons aussi et qui a donné en France de beaux succès entre les mains de notre regretté maître Calmettes.

Dans l'épistaxis Mc Bride est encore partisan du tamponnement postérieur, qui perd de jour en jour ses partisans, étant donnés les inconvénients sérieux d'infection qu'il présente.

4° *Maladies de l'oreille.*

A signaler, dans cette dernière partie, les premiers chapitres : « Méthode d'examen séméiologique et thérapeutique générale », qui sont longuement traitées et forment un bon exposé des différentes méthodes employées.

Digitized by Google

Il en est de même pour les affections de l'oreille externe et les inflammations aiguës et chroniques de l'oreille moyenne.

La description des granulations et des polypes est un peu confuse en ce qui regarde surtout leur classification.

Le traitement de la mastoïdite est bien exposé, et nous partageons la manière de voir de Mc Bride à propos des cinq indications de la trépanation données par Schwartze, dont la dernière surtout ne répond pas à l'expérience clinique.

La critique des opérations proposées dans l'otite sèche (inflammation chronique sans suppuration) est intéressante à lire. L'auteur reste sceptique vis-à-vis de toutes ces opérations excepté de la section du pli postérieur, dont il est partisan. Il redoute surtout la réaction inflammatoire malgré les succès publiés. Nous pensons que là n'est point l'objection principale, étant données les précautions antiseptiques faciles à prendre ; mais, jusqu'à ce jour un bon exposé bien précis des indications opératoires, malgré les progrès accomplis par Cholewa, reste encore à faire. C'est là, à notre avis, le point capital si l'on ne veut pas opérer en aveugle et si l'on désire obtenir de bons résultats toujours constants.

L'ouvrage se termine par un bon chapitre sur les affections de l'oreille interne avec quelques considérations sur la surdi-mutité.

En résumé, à part la remarque que nous avons faite à propos de la partie laryngologique, le livre de Mc Bride est bien conçu et sera utile surtout aux étudiants. Ceux qui sont déjà versés dans ces études spéciales y liront avec fruit certains passages originaux.

HAMON DU FOUGERAY.

Krankheits-und Behandlungslehre der Nasen-Mund-und Rachenhöhle, sowie des Kehlkopfs und der Luftröhre. (Pathologie et thérapeutique du nez, de la bouche, du pharynx, du larynx et de la trachée), par MAXIMILIEN BRESGEN. Vienne et Leipzig. 1891, Urban et Schwarzenberg, éditeurs, 2e édition.)

Sept ans après l'apparition de son traité, Bresgen vient d'en faire paraître la deuxième édition. L'auteur ayant cherché à tenir compte, dans sa nouvelle édition, de tous les travaux de quelque importance parus dans ce laps de temps, on comprendra que l'ouvrage primitif a dû être complètement refondu et considérablement augmenté. C'est surtout la première partie, traitant de l'anatomie et de la physiologie des fosses nasales, de la cavité

Digitized by Google

buccale et pharyngée, du larynx et de la trachée, qui a subi d'importantes modifications.

Il en est de même de la seconde partie, qui comprend l'étiologie, l'examen, la symptomatologie et le traitement des affections de ces organes.

Il serait fastidieux d'analyser en détail tous les chapitres de ce livre. Disons seulement que bien que Bresgen cite avec beaucoup d'impartialité les opinions de ses confrères, le livre porte partout, mais surtout dans les chapitres consacrés à la pathologie et à la thérapeutique des fosses nasales, le cachet personnel de l'auteur.

Chaque chapitre est précédé d'une bibliographie qui évitera beaucoup de travail à celui qui désirera étudier à fond une question quelconque. C'est une innovation très heureuse et il faut remercier l'auteur d'avoir compulsé et trié les trois mille ouvrages qu'il cite.

Une autre innovation est moins heureuse ; Bresgen a voulu épurer la langue de tous les termes non allemands. Cette germanisation outrée du style, rend la lecture de l'ouvrage difficile au premier abord.

Il faut espérer que l'ouvrage sera traduit en français, et alors cet inconvénient disparaîtra de lui-même.

Ce livre sera consulté avec profit autant par les praticiens que par les spécialistes. LICHTWITZ.

Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen unddes Nasenrachenraumes (Les maladies du nez, de ses cavités accessoires et du naso-pharynx), par le Dr C. Fr. Ph. Rosenthal, Berlin. (*Manuel pour les médecins et les étudiants* (Tome I, 297 pages. A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1892).

Dans ce livre, écrit dans un esprit essentiellement pratique, l'auteur s'attache à donner des descriptions cliniques courtes et claires et traite avec soin la partie thérapeutique, autant au point de vue médical que chirurgical et en reproduisant les principaux appareils et instruments. Les affections inflammatoires du nez et les maladies de la peau sont étudiées avec prédilection. Le manuel est, de plus, muni d'un index bibliographique chronologique fort riche. M.-N. W.

Klinische Beiträge zur halbseitigen Kelkopflähmung. (Contribution à l'étude clinique de l'hémiplégie laryngée), par le Dr G. Avellis, assistant du Dr M. Schmidt. de Francfort-sur-

Digitized by Google

Mein, *Berliner Klinik*, p. 40, librairie Fischer, H. Kornfeld, Berlin, 1891.)

150 cas de paralysie du nerf récurrent ; dans 57 0/0 des cas, la cause a pu être désignée avec vraisemblance (anévrisme, adénopathie cervicale, goitre, tuberculose pulmonaire, etc.); *six* seulement ont guéri.

10 fois sur 150, il y avait hémiplégie du voile du palais du même côté que la paralysie laryngée. — L'auteur attire l'attention sur cette complication de l'hémiplégie laryngée, car il ne pense pas qu'elle ait jamais été indiquée. Il ne saurait d'ailleurs en tirer aucune conclusion au point de vue du siège de la lésion du récurrent, les autopsies lui faisant défaut. M.-N. W.

Le traitement rationnel de la surdité et des écoulements d'oreille (The rational cure of deafness and discharge from the ear), par Sexton et Duane, de New York. (Vail, éditeur, New York, 1891.)

Le seul traitement radical et curatif de l'otite moyenne chronique est l'*excision de la membrane du tympan avec extirpation des osselets*. L'opération est aussi bien indiquée dans le catarrhe sec (sclérose) avec épaississement de la membrane et ankylose des osselets que dans l'otite suppurée avec écoulement interminable, rétention de pus dans « l'attique » de la caisse du tympan. Aussitôt que l'affection paraît rebelle aux traitements habituels, non chirurgicaux, aussitôt que l'on voit la surdité prendre une marche ascendante, l'excision est le seul remède au mal ; plus le sujet est jeune, moins l'oreille interne a souffert et plus le résultat de l'opération est brillant. Le manuel opératoire est simple : le malade est anesthésié par le mélange A. C. E. (alcool, chloroforme, éther), l'oreille fortement éclairée à l'aide de la lumière électrique ; on désinserre la membrane du tympan à l'aide d'un petit bistouri et on extirpe les osselets ; un nettoyage soigneux termine l'opération, qui ne provoque en général aucune réaction ou à peine quelques douleurs pendant un jour ou deux. Bientôt la suppuration est tarie, les vertiges, les bruits subjectifs, les douleurs disparaissent, et l'acuité auditive augmente rapidement dans la majorité des cas ainsi traités. 22 observations. M. N. W.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Compte rendu par P. Gastou.

Séance du 4 mars 1892.

Sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale, avec présentation d'une pièce anatomique, par le Dr Potiquet.

De toutes les causes invoquées pour expliquer les courbures et les épaisissements anormaux du septum, il n'en faut, à part quelques cas tout à fait exceptionnels (polypes, corps étrangers, etc.) retenir que deux, suivant l'auteur, à savoir : le défaut d'harmonie entre le développement de la cloison et celui du cadre osseux qui l'enchâsse, et le traumatisme. Les végétations adénoïdes en particulier semblent avoir été incriminées à tort. Le rôle du traumatisme, réel dans quelques cas, a été beaucoup exagéré, et l'auteur montre sur une pièce anatomique, dont il a donné d'ailleurs la description, que le traumatisme peut jouer un rôle absolument inverse de celui qu'on lui a attribué si libéralement ; qu'il peut, à l'âge adulte, être un bienfait pour la cloison et corriger en partie une déviation préexistante.

Le défaut d'harmonie entre le développement de la cloison et celui de son cadre osseux : telle est la cause principale de l'inflexion de la cloison nasale. Mais cette formule, un peu obscure parce qu'elle est vague, a besoin d'être développée, et cela surtout à l'aide de l'anatomie comparée.

Il est à remarquer du reste que le défaut de symétrie du crâne est la règle chez l'Européen, et que ce défaut de symétrie est particulièrement accentué sur les parois inférieure et externe des fosses nasales : on ne peut, après cela, exiger de la cloison elle-même une rectitude impeccable. Le défaut de symétrie est un caractère de développement biologique. Nul pour ainsi dire à l'apparition des organes, il s'accuse d'autant plus que l'homme marche vers son complet développement. La cloison, sensiblement droite chez le fœtus, ondulant souvent légèrement déjà chez le nouveau-né et dans la première enfance, incurvée et hérissée de saillies irrégulières chez l'adolescent et surtout chez l'adulte, ne fait que se plier à une loi générale.

Digitized by Google

D'autre part, à ne considérer dans la série animale que l'ordre des primates, la symétrie des organes apparaît d'autant moins parfaite qu'on s'élève du singe à l'Européen mâle.

Ici encore, la cloison, plus droite chez le singe que chez le nègre, plus droite chez ce dernier que chez l'Européen, et plus droite dans la race blanche, chez la femme que chez l'homme, se soumet docilement à la règle. Son inflexion latérale apparaît donc en raison directe de l'évolution organique, elle est peut-on dire, un fait d'évolution.

Déviation de la cloison des fosses nasales. — Classification. — Embryologie. — Présentation de coupes. — Règles générales du traitement, par le Dr Chatellier.

L'auteur, pour bien montrer l'origine des déviations, a établi des schémas de la cloison, d'après des coupes pratiquées sur des embryons humains de trois à quatre mois.

La cloison des fosses nasales est constituée en haut par la lame perpendiculaire de l'ethmoïde dont l'extrémité supérieure fait corps avec la lame criblée de l'ethmoïde. La partie moyenne de cette lame est amincie, tandis que la partie inférieure renflée en olive est enchâssée entre les deux lames verticales du vomer dont elle est séparée par du tissu conjonctif lâche. Le vomer s'amincit dans sa partie inférieure et vient s'appuyer sur une masse de tissu conjonctif comblant un espace vide entre les deux apophyses palatines non soudées. La cloison des fosses nasales est complétée en avant par le cartilage quadrangulaire qui s'articule en arrière avec la lame perpendiculaire. L'ensemble des articulations de la cloison constitue l'articulation éthmoïdo-chondro-vomérienne.

Indépendamment des points faibles siégeant au niveau de l'articulation de la lame perpendiculaire avec le vomer, et du vomer avec les apophyses palatines, il en existe un autre au niveau de la partie moyenne rétrécie de la lame perpendiculaire. C'est par l'existence de ces points faibles qu'on peut expliquer les déviations de la cloison des fosses nasales.

Si des causes quelconques modifient les parties médianes ou latérales (parois latérales) des fosses nasales, la cloison devient trop longue et alors :

1° Ou elle sort de sa cavité ;

2° Ou elle diminue de longueur.

1° Dans le premier cas, pressée à ses deux points d'insertion, la cloison cède à l'insertion la plus faible, c'est-à-dire en bas, et

Digitized by Google

fait une saillie antérieure. Les dimensions des fosses nasales ne sont pas modifiées.

2° La diminution de longueur peut se faire de trois façons différentes :

a) La cloison se tasse, augmente d'épaisseur et diminue le calibre des deux fosses nasales.

b) La cloison s'incurve d'un côté et diminue la capacité de la fosse nasale du côté dévié, la déviation s'effectue généralement à la partie moyenne.

c) L'incurvation s'accompagne d'épaississement : tandis que le sommet d'incurvation est à la hauteur de la partie étroite de la lame perpendiculaire, une courbure compensatrice d'épaississement se fait à l'articulation sous-jacente. Dans ce cas il y a diminution du calibre des fosses nasales.

La thérapeutique à employer dans les déviations de la cloison varie suivant qu'elle est :

1° Épaissie ;
2° Déviée ;
3° Épaissie et déviée.

1° Dans le premier cas le mieux est l'électrolyse ou la pince coupante.

2° Dans le second il faut éviter toute perte de substance pouvant amener une perforation.

Le redresseur ne donnant rien, il faut diminuer les dimensions verticales du septum en respectant les parties molles. L'auteur a dans ce but employé une méthode opératoire qu'il croyait avoir utilisée le premier (en 1883). Mais c'est Petersen qui l'a employée et décrite en 1883 pour la première fois, Cholewa, de Berlin, en 1891, l'a étudiée avec soin.

Voici en quoi elle consiste :

Après anesthésie à la cocaïne, on incise le côté saillant près du plancher. On décolle le périoste et le perichondre, et on traverse la cloison en évitant de perforer la muqueuse opposée.

Après réfection d'un fragment de squelette on recolle périoste contre périoste. En 58 heures la soudure est complète.

L'auteur a opéré ainsi cinq fois avec succès.

3° Quand il y a déviation et épaississement, il faut suivant les cas faire l'ablation simple ou le Petersen.

Discussion.

M. Lœwenberg trouve les aperçus de M. Potiquet fort ingé-

Digitized by Google

nieux. Il rappelle qu'il a étudié en 1881 le rôle du traumatisme sur les déviations de la cloison des fosses nasales.

Il a divisé ces déviations en deux grandes classes :

1° Déviations horizontales angulaires ;

2° Déviations verticales.

Si le rôle du traumatisme est difficile à expliquer dans les déviations verticales il peut agir en produisant un véritable plissement.

M. Chatellier pense que les végétations adénoïdes peuvent produire ces déviations. Il faudrait prendre cent malades au hasard et voir la proportion exacte.

M. Ruault. — Le mode de développement de la cloison décrit par M. Chatellier se rapproche de celui admis par Zuckerkandl.

Les points faibles sont les articulations, mais ces points faibles n'existent plus à partir de 7 ans; par le fait de l'ossification, la persistance du cartilage vomérien est cause des obstructions des fosses nasales par déviation et épaississement. Si la déviation et l'épaississement sont à la partie supérieure et n'entraînent pas d'imperméabilité nasale, il n'y a pas nécessité d'opérer. S'il y a déviation en avant avec luxation en avant, il faut opérer pour donner un passage à l'air.

N'est-il pas plus simple, pour donner passage à l'air, de faire sauter l'obstacle avec l'emporte-pièce de Blandin ? Quel inconvénient y aurait-il? et quelle nécessité de faire une opération très difficile, au lieu d'employer la pince coupante ? Je ne crois pas en outre, comme le dit M. Chatellier, que le point inférieur soit un point faible, sinon la cloison ferait saillie en dessous.

M. Chatellier. — Ce point faible inférieur existe, tout en étant le moins faible de tous. Le vomer s'élargit et s'appuie par ses bords sur les apophyses palatines, mais souvent les déviations se sont déjà produites avant cette période de consolidation. D'après mes coupes et les raisons données précédemment, je pense que ces déviations ont lieu dès la vie intra-utérine.

M. Ruault. — Comment alors expliquer par cette théorie que le cartilage vomérien rejette l'os de l'autre côté.

M. Chatellier. — Les déviations causées par le cartilage vomérien ne sont en réalité que des épaississements.

M. Ruault. — Et les déviations qui vont jusqu'en haut?

M. Chatellier. — Elles sont produites au niveau de l'os, c'est ce que m'a montré la section des cartilages. Du reste elles ne dépassent jamais le bord inférieur du cornet moyen.

Digitized by Google

M. Ruault. — Ne sont-elles pas situées au-dessus du cartilage de Jacobson.

M. Chatellier. — Non, car le cartilage de Jacobson est plus en avant.

M. Potiquet. — J'ai, comme vient de le faire M. Ruault, insisté dans ma communication sur le rôle capital joué par la lame cartilagineuse fondamentale dans la déviation des pièces osseuses (vomer, lame perpendiculaire de l'ethmoïde) qui peu à peu se substituent à elle, cette lame continuant de s'accroître pendant que l'ossification l'envahit.

La classification en déviations horizontales et verticales proposée par M. Lœwenberg est commode et bonne à conserver. Peut-être est-elle un peu trop schématique; ainsi, la déviation la plus fréquente, celle qui va du prémaxillaire au bec du sphénoïde, n'est, pour ainsi dire, jamais forcément horizontale. A considérer ses limites, elle affecte plutôt la forme d'un infundibulum très peu profond.

Chercher au quatrième mois de la vie intra-utérine, comme le fait M. Chatellier, la raison des déviations du septum nasal, c'est remonter peut-être un peu loin. Si déjà, à la naissance, ou même dès la vie intra-utérine, on peut noter parfois une légère ondulation du septum, la direction de cette ondulation n'est généralement pas celle de la déviation la plus fréquente observée chez l'adulte.

C'est généralement à dater de la seconde enfance que cette dernière s'accuse, et du quatrième mois de la vie intra-utérine à la seconde enfance, l'enjambée est grande. Du reste, en pareille matière, les déductions logiques risquent fort d'aboutir à des conclusions erronées, car elles font nécessairement abstraction de certaines phases ultérieures normales du développement des organes. Ainsi, l'examen d'une cloison d'embryon de quatre mois, ne peut guère nous renseigner sur le mécanisme des déviations et des épaississements les plus importants au point de vue pratique.

A savoir : ceux qui occupent la portion antéro-inférieure de la cloison, attendu que le siège de ces épaississements, un peu au-dessus du plancher nasal, résulte de l'ascension de la tête des os sous-vomériens. Ascension due d'une part à la croissance propre de ces os, d'autre part à l'abaissement du plancher incisif consécutif à l'éruption des incisives permanentes.

Enfin, le schéma de M. Chatellier, qui nous montre le bord inférieur de la cloison nasale s'échappant hors de la cavité na-

Digitized by Google

sale et venant faire saillie dans la cavité buccale, me paraît purement théorique.

On n'a jamais vu, que je sache, se produire pareil fait. M. Chatellier avait du reste exprimé déjà cette pensée dans sa thèse sur les tumeurs adénoïdes, et je ne puis que renvoyer à la critique que j'en ai faite dans ma communication.

L'organe de Jacobson (cartilage et canal), ne pouvait être visible sur la coupe verticale de la cloison qui nous est représentée, attendu que cette coupe, qui intéresse la lame criblée, passe en arrière de cet organe.

Extirpation par voie naturelle des papillomes multiples du larynx chez l'enfant à l'aide d'une nouvelle méthode, par le Dr Lichtwitz. (Voir *Annales*, page 362).

Séance du 1er avril 1892.

Un cas de calcul salivaire du canal de Wharton, par le Dr Chatellier.

Un malade, âgé de 30 ans, se présenta, souffrant depuis quatre à cinq jours de la région sous-maxillaire droite. Il existait en ce point de la tuméfaction et, du même côté, une saillie sur le plancher de la cavité buccale. Cette saillie n'avait pas les apparences d'une grenouillette; elle était déprimée, jaunâtre, irrégulière. De forme allongée, elle occupait le trajet du canal de Wharton; à son centre, elle était dure; en avant et en arrière il existait deux renflements globuleux. La perméabilité du canal était conservée; une plume de corbeau y pénétrait facilement et la salive s'écoulait normalement. Il s'agissait donc d'un calcul siégeant dans le canal de Wharton. La pression, suivant le courant de la salive, amena une vive douleur, sans faire avancer le calcul. L'auteur incisa alors, au bistouri, la partie la plus saillante et put extraire un calcul de 0,01 centimètre de long sur 0,005 millimètres de large et présentant la forme d'un grain d'orge. Les jours suivants, il y eut une légère tuméfaction de la région sous-maxillaire, et tout rentra dans l'ordre en quatre jours.

Discussion.

M. Lœwenberg. — Ayant eu un calcul salivaire pendant que

Digitized by Google

j'étais étudiant, je l'enlevai également par une incision au bistouri.

M. Ruault demande si la douleur provoquée par le calcul est très vive.

M. Lœwenberg. — C'est surtout un sentiment de tension.

M. Ruault. — J'ai vu un cas de rétention salivaire consécutif à l'administration de l'iodure de potassium. Le malade avait de l'iodisme héréditaire.

M. Cartaz. — Je suis un exemple frappant d'intolérance pour l'iode. Je ne puis prendre une dose, même faible, d'iodure, 0,25 à 0,50 centigrammes par vingt-quatre heures sans éprouver des accidents d'iodisme, qui se manifestent par une tuméfaction douloureuse des glandes sous-maxillaires, jamais des parotides. Après deux à trois jours, la tuméfaction a disparu, mais il me serait impossible de prolonger au delà de trois jours l'usage des préparations iodées.

M. Gouguenheim. — Je suis surpris de voir tous les troubles dont on accuse l'iodure. Je le donne pourtant à doses très fortes je n'ai presque jamais vu de signes d'iodisme. S'il arrive, chez les malades soumis au traitement iodé, des accidents d'iodisme, cela se produit en ville plus qu'à l'hôpital. Pour moi, les accidents attribués à l'iode sont principalement provoqués par le froid. A l'hôpital, l'iodisme est rare, parce que le malade ne bouge pas de son lit ou de la salle. Je réagis, de toutes mes forces, contre ceux qui veulent diminuer la valeur de l'iodure de potassium. Je ne voudrais pas qu'il perdît de sa valeur. C'est un médicament précieux, qui, même à très hautes doses, bien manié, ne produit presque jamais d'accidents.

M. Hermet. — Je crois qu'en matière d'iodisme il y a une question d'individualité. Je me souviens d'un malade du professeur Fournier qui, à la moindre dose d'iodure, avait des accès d'asthme tels, qu'un jour on fut sur le point de le trachéotomiser. Cinq centigrammes suffisaient pour provoquer des accidents.

M. Cartaz. — M. Gouguenheim est tombé sur une série heureuse.

M. Gouguenheim. — Dites plutôt sur une série innombrable, dans laquelle le nombre des accidents est des plus minimes. Avec de grosses doses d'iodure, on n'obtient pas d'accidents. C'est le refroidissement qui crée la prédisposition à l'iodisme et non l'iodure lui-même. On lui attribue bien des choses qui ne

Digitized by Google

lui appartiennent pas. Il rend de grands services et on l'attaque injustement comme on a fait pour l'amygdalotomie en faveur de l'ignipuncture.

M. Hermet. — Nous ne repoussons pas l'iodure, mais il est incontestable qu'il est des individus qui ne peuvent le supporter.

M. Ruault. — Personne ne songe à abandonner l'iodure parce qu'il y a quelques cas d'iodisme. Puech donnait jusqu'à 30 grammes d'iodure et voyait, par ce moyen, des accidents d'iodisme dus à de petites doses disparaître. Je crois que, pour ce qui est de l'effet de l'iode sur les glandes salivaires, il doit y avoir une hérédité très manifeste. J'ai vu le fils d'un malade, ayant de la rétention salivaire par obstruction du canal de Wharton, avoir du gonflement des parotides à la suite de l'administration de l'iode.

Contribution à l'étude anatomique et pathologique de l'organe de l'ouïe au point de vue pratique, par le professeur Politzer. (Voir dans ce numéro, page 317).

Discussion.

M. Gellé. — Les présentations anatomiques et les faits de M. Politzer enlèveraient toute confiance en la guérison sans opération des abcès mastoïdiens. Jusqu'à présent, j'ai pu, dans la majorité des cas, par un traitement préventif bien dirigé, éviter ces complications.

M. Ladreit de Lacharrière. — Il est des cas d'otite avec propagation au tissu cellulaire prémastoïdien : il faut, dans ces cas, débrider s'il y a empâtement. Si les douleurs osseuses persistent, il ne reste qu'à trépaner. Il m'a semblé que le débridement d'attente évite souvent une opération plus profonde; dans ces cas, les cellules mastoïdiennes sont probablement peu prises et l'écoulement du pus favorisé.

La pratique de M. Politzer est excellente; la seule différence avec la mienne est que je fais l'opération en deux temps.

M. Cartaz. — M. Ladreit de Lacharrière ne fait-il pas confusion entre l'abcès mastoïdien et la suppuration prémastoïdienne?

M. Ladreit de Lacharrière. — Non, il n'y a pas confusion, je parle d'une opération préventive contre l'abcès mastoïdien.

M. Hermet. — Il est un point intéressant de la communication de M. Politzer sur lequel je voudrais insister, c'est la question de l'opportunité opératoire. Il me semble qu'au début

Digitized by Google

d'une otite, on peut prévoir la suppuration mastoïdienne. Une suppuration restant extrêmement abondante, malgré des lavages faits même à travers la trompe d'Eustache, après débridements larges du tympan, à laquelle se joint une température élevée, sont une indication de trépaner immédiatement.

Je dirai à M. Ladreit de Lacharrière que je ne crois pas que le débridement puisse grand chose dans la suppuration profonde.

M. Ladreit de Lacharrière. — Je répète que mon débridement ne constitue que le premier temps d'une opération que j'achève ensuite. J'empêche ainsi l'inflammation péri-osseuse.

M. Chatellier. — M. Ladreit de Lacharrière vient de dire en partie ce que j'allais dire. La tuméfaction mastoïdienne, est loin d'être un symptôme forcé d'inflammation des cellules mastoïdiennes. Celle-ci peut exister sans gonflement mastoïdien. Il existe un adéno-phlegmon pré-mastoïdien; il y a, au-devant de l'apophyse mastoïde, un ganglion constant. Il peut s'enflammer; dans ce cas, l'incision de Wilde donne un résultat excellent. J'ai vu deux cas d'adéno-phlegmons tout dernièrement.

M. Lœwenberg. — Je vais me placer à un point de vue tout à fait opposé à celui de M. Politzer. Je n'admets pas la trépanation à la moindre alerte. J'ai guéri mes malades sans trépanation depuis 1879. Je fais de larges débridements et beaucoup d'antisepsie. Si le pus est entré dans les cellules mastoïdiennes je crois qu'il peut en sortir par les mêmes voies. En s'attaquant à la cause de sécrétion du pus on tarit la sécrétion et l'apophyse mastoïde se vide. Chez nous, l'influenza est moins grave que dans l'Est. On trépane plus à l'étranger qu'en France. J'ai vu des perforations du tympan avec procidence guérir rapidement. J'ai attendu dans des cas graves et je m'en suis toujours bien trouvé.

M. Gellé. — Tout se résume dans les indications opératoires. Opérer du dixième au quinzième jour d'une otite suppurée, c'est tôt. Vers la septième semaine, c'est différent. Je n'ai pas vu de cas d'otite bien soignés se terminer par des abcès mastoïdiens.

M. Hermet. — Vous avez eu des cas heureux, mais il faut compter avec les mastoïdites d'emblée. J'en ai vu récemment un cas des plus nets.

M. Chatellier. — A l'appui de ce que dit M. Hermet, je puis également donner deux cas de mastoïdite primitive.

Je crois que la trépanation mastoïdienne est une opération

Digitized by Google

peu grave. Je demanderai à M. Politzer à quelle profondeur il va dans les cas d'abcès diploëtique.

M. Politzer. — La profondeur varie avec les cas. Si l'abcès est aigu, il est généralement très superficiel. Il n'est pas rare d'en rencontrer plusieurs. On en trouve à 0,01 centimètre de profondeur.

M. Lœwenberg pense que l'abcès mastoïdien est la conséquence de la pénétration du pus venant de la caisse du tympan. La vraie cause est la propagation de l'inflammation par le revêtement muqueux.

Je ne fais plus l'incision de Wilde, j'ouvre le sinus d'emblée. Si j'ai un petit abcès je fais la réunion par première intention, sinon je draîne. Plus j'opère les abcès mastoïdiens et plus je suis partisan de l'intervention.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Compte rendu par le Dr F. Peltesohn.

Séance du 25 mars 1892.

B. Frænkel présente une jeune femme qui depuis un an souffre d'un *goitre* et de battements de cœur. La fréquence du pouls atteint 125 à la minute. Il n'existe pas d'exophtalmie. La malade a des *végétations adénoïdes* qui sont enlevées au moyen du couteau. Peu de temps après cette opération, le goître diminue rapidement; la fréquence du pouls tombe à 84 à la minute. Il semble donc qu'il existe une relation entre les voies aériennes supérieures et l'accroissement de la glande thyroïde.

Lublinski a observé souvent un semblable résultat, mais jamais dans un cas de véritable maladie de Basedow.

Peltesohn demande ce que M. Lublinski entend par la différence entre une maladie de Basedow réelle et non réelle.

Lublinski ne veut pas continuer la discussion sur ce thème. Dans le cas dont il s'agit, il manque un symptôme capital, qui est l'exophtalmie.

B. Frænkel cite l'observation de *Musehold*, dans laquelle une maladie de Basedow guérit par une opération nasale, bien qu'aucun des symptômes principaux ne fît défaut.

Demme montre une coupe de *fibrome de la muqueuse de la joue* et un *papillome de la pointe de la langue*.

Digitized by Google

W. Wolff présente une *pince laryngienne* qui est construite d'après le principe de Bœker, mais coudée et pouvant se mouvoir dans toutes les directions.

Davidsohn parle de *l'éclairage de l'antre d'Highmore*. D'après ses observations, on ne peut exclure le pus de la cavité que lorsque l'œil du côté malade est complètement éclairé. Quelques gouttes de pus suffisent à empêcher l'éclairage de l'œil. Le bord sombre qui entoure l'orbite provient du tissu adipeux qui recouvre le bulbe, qui est impénétrable pour la lumière, et qui manque seulement dans le voisinage de la papille du nerf optique et de la chambre oculaire antérieure. Si la muqueuse des cornets ou des méats est tuméfiée, l'antre d'Highmore peut paraître assombri. Il existe une seule cause d'erreur à propos de la valeur diagnostique de l'éclairage de l'antre d'Highmore, mais elle n'est pas rare : c'est l'altération de la voûte palatine à la suite de végétations adénoïdes. Les obstacles à la croissance des os qui se sont montrés ici, ont produit un épaississement notable de la partie latérale du palais osseux à travers laquelle, suivant la théorie de Davidsohn, justement la lumière doit passer. Et en effet il n'a pas pu, sur une série de malades à palais enfoncé dont il a pris des moulages, éclairer les yeux, malgré qu'il n'y eût pas de pus dans l'antre d'Highmore.

En raison de la longueur de la communication, la discussion est ajournée.

Krzywicki fait sa communication annoncée sur un *laryngographe*. A l'occasion d'un cas de sclérose dont il a déjà parlé, combinée avec des troubles particuliers du langage, il a éprouvé la nécessité de noter graphiquement les mouvements du larynx. Dans ce but il a construit l'appareil suivant : le sujet (dans le cas présent il s'agissait d'un homme âgé de 50 ans environ) est assis la tête renversée en arrière sur une chaise comme celles dont se servent les coiffeurs. On introduit dans la fente thyroïdienne un bouton muni d'un long porte-plume qui doit tracer une courbe sur un tableau noir mis en mouvement devant le manche avec une vitesse uniforme.

Krzywicki a noté les mouvements du larynx au moment de la formation de diverses voyelles, au moment de l'exécution d'une gamme ou d'une romance, et il a observé des voix hautes et profondes et s'en est servi dans le grave ou le médium.

Ces expériences ont donné à l'auteur des courbes tout à fait particulières et étonnantes; ainsi par exemple lors de la formation

Digitized by Google

de la voyelle *ü*, le larynx paraît s'élever davantage que lors de la formation de la voyelle *i*, etc.

L'auteur ne croit pas pouvoir tirer des conclusions précises de ses recherches, mais il se promet d'en tirer quelques éclaircissements au point de vue physiologique et pathologique.

Peltesohn, par un examen superficiel des courbes présentées, de même que par la démonstration du fonctionnement de l'appareil, a remarqué un grand nombre de sources d'erreur auxquelles on n'a pas prêté attention. Ainsi le *sujet* par exemple a visiblement baissé la voix à la fin de l'expérience, malgré que l'on doive parler tout le temps avec la même force. Les auristes savent par leur pratique journalière, combien il est difficile de chuchoter uniformément. On ne peut donc utiliser pour les expériences que des sujets possédant parfaitement cet art. Il serait facile de trouver d'autres sources d'erreur dans les courbes présentées. Il faudrait d'abord établir pour chaque *sujet* le ton propre de chaque voyelle avec les résonnateurs de Helmholtz, si l'appareil devait donner des renseignements sûrs. Cet emploi pourrait donner de la peine, mais c'est là une autre question.

Schadewald incrimine comme étant une autre source d'erreur la position tout à fait contre nature de la tête du *sujet*.

Krzywicki appuie encore une fois sur le fait qu'il ne regarde pas les expériences faites comme donnant une mesure; la position de la tête est, il est vrai, très contrainte, mais elle est absolument nécessaire vu la construction de l'appareil.

La discussion sur la communication de M. *Holz* est terminée. M. Holz ayant fait remarquer qu'il intitulerait son mémoire plus exactement : « Examen du larynx dans *un* cas de névrose traumatique ». Ainsi tombent les objections de ses contradicteurs.

(*En raison de l'abondance des matières, nous avons dû ajourner la publication d'un grand nombre d'analyses de* la Presse étrangère.)

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

FRANCE

Nez.

Gommes syphilitiques des fosses nasales, par L. Lacoarret. (*Ann. de la Polyclinique de Bordeaux*, juillet 1890.)

Sur les déviations de la colonne vertébrale dans l'obstruction nasale, par P. Redard. (*Gaz. méd. de Paris*, 4 octobre 1890.)

Curettage du sinus maxillaire, par Eyssautier. (*Dauphiné méd.*, août 1890.)

Digitized by Google

Empyème du sinus maxillaire, par Milsom. (*Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, in *Union méd.*, 16 octobre 1890.)

Coryza caséeux (rhinite cholestéatomateuse), par Wagnier. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 octobre 1890.)

Grattage des parois du sinus sphénoïdal atteintes de carie, par Quénu. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 15 octobre 1890.)

Du massage vibratoire de la muqueuse du nez, du pharynx nasal et de la gorge, par M. Braun. (*Arch. de laryng. et rhinol.*, octobre 1890.)

L'asepsie et l'antisepsie à l'hôpital Bichat. Service de chirurgie de F. Terrier. Antisepsie nasale et auriculaire, par M. Baudouin. (*Progrès méd.*, 25 octobre 1890.)

Du diagnostic de l'empyème « latent » de l'antre d'Highmore par le lavage explorateur, par L. Lichtwitz. (*Bull. méd.*, 26 octobre 1890.)

Une fermeture singulière congénitale des choanes, par A. Onodi. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er novembre 1890.)

Des affections oculaires d'origine nasale. Revue générale, par H. Nimier. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1er novembre 1890.)

Note sur l'éternuement provoqué par les excitations lumineuses, par Ch. Féré. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol.*, 31 octobre 1890.)

De l'eau chaude contre les hémorrhagies nasales et les hémorrhoïdes, par Alvin. (*Loire méd.*, octobre 1890.)

Coryza avec eczéma chez les enfants, par E. Besnier. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, novembre 1890.)

Un cas de myxome télangiectasique de la cloison nasale, par H. Luc. (*France méd.*, 14 novembre 1890.)

Le cancre d'origine nasale, par V. Raulin. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 novembre 1890.)

Le traitement sec du nez et des sinus voisins, par M. Bresgen. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 novembre 1890.)

Coryza caséeux, par Mandroux. (*Thèse de Paris*, novembre 1890.)

Des déviations et épaississements de la cloison nasale et de leur traitement par l'électrolyse, par L. Thilly. (*Thèse de Lyon*, 1890.)

De l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique pour l'opération des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'enfant, par Boyals. (*Thèse de Paris*, décembre 1890.)

Contribution à l'étude des angiomes des fosses nasales, par Luc. (*Arch. de laryng., rhinol., etc.*, décembre 1890.)

Végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'adulte, par H. Cuvillier. (*Thèse de Paris*, décembre 1890.)

Paralysie de la 6e paire avec paralysie du trijumeau d'origine nasale. Leçon de Panas, recueillie par A. Terson. (*Progrès méd.*, 20 décembre 1890.)

Polype fibreux naso-pharyngien. Ablation. Récidive, par Chénieux. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 17 décembre 1890.)

Des déviations et crêtes de la cloison du nez et de leur traitement, par E.-J. Moure et Bergonié. (*Bull. méd.*, 28 décembre 1890.)

Rhino-bronchite spasmodique, par H. Rendu. (*Mercredi méd.*, 7 janvier 1891.)

Du traitement du larmoiement chronique par l'électrolyse du canal nasal, par Rohmer. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janvier 1891.)

De l'épistaxis, par P. Tissier. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 21 janvier 1891.)

Du pemphigus de la muqueuse nasale et pharyngienne, par Seifert. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er février 1891.)

Lupus du nez consécutif à une fistule lacrymale, par Badal. (*Soc. d'anat. et physiol., Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 janvier 1891.)

Polype fibreux naso-pharyngien chez un garçon de 11 ans. Résection du maxillaire supérieur. Extirpation. Grave hémorrhagie capillaire au cours de l'opération. Guérison, par Lancial. (*Journ. des sciences méd. de Lille*, 11 janvier 1891.)

Digitized by Google

Le traitement des déviations de la cloison nasale. Revue générale, par A. Cartaz. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 7 février 1891.)

Des soins consécutifs à l'ouverture buccale du sinus maxillaire atteint d'empyème, et notamment d'un mode de lavage très simple de cette cavité, par Luc. (*Arch. de laryng., rhinol. et otol.*, février 1891.)

Diagnostic et traitement des affections des sinus nasaux, par P. Schech. (*Rev. de laryng., otol et rhinol.*, 15 février 1891.)

De la rhinotomie médiane comme opération préliminaire pour aller à la recherche des tumeurs siégeant dans la cavité naso-pharyngienne, par Rouairoux. (*Thèse de Paris*, février 1891.)

Coryzas aigus et broncho-pneumonies chez les jeunes enfants, par A.-F. Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 19 février 1891.)

Contribution à l'étude de l'épistaxis dans le mal de Bright, par Laveruy. (*Thèse de Paris*, mars 1891.)

Traitement du coryza aigu, par P. Tissier. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 4 mars 1891.)

Parasites des fosses nasales, par Delobel. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 1er mars 1891.)

I. Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore dû au streptocoque de l'érysipèle. — II. Faits cliniques dans le domaine de la rhinologie et de la laryngologie, par Luc. (*Arch. de laryng., rhin. et otol.*, n° 2, 1891.)

Destruction partielle du nez par morsure. Restauration par décortication et abaissement, par L. Tripier. (5e session du Congrès français de chirurgie, Paris, 30 mars 1891.)

Kyste des cellules ethmoïdales antérieures, par Gayet. (*Province méd.*, 31 janvier 1891.)

Des pseudo-polypes des fosses nasales, par A. Le Dentu. (*Tribune méd.*, 5 mars 1891.)

Sur le manuel opératoire de l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par A. Ruault. (Congrès français de chirurgie, séance du 3 avril; *Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, septembre-octobre 1891.)

Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants, par E. Chaumier. Rapport à l'Académie de médecine, par A. Ollivier. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, avril 1891.)

De l'empyème latent de l'antre d'Highmore. Etude accompagnée de 22 observations inédites, recueillies à la clinique du Dr Lichtwitz, par J.-M. Jeanty. (Un vol. de 137 pages, Feret et fils, éditeurs; Bordeaux, 1891.)

Un cas de déviation de la cloison des fosses nasales corrigée par un traumatisme, par Potiquet. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 avril 1891.)

Note sur le tissu érectile des fosses nasales, par A.-H. Pilliet. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 8; mars 1891.)

De la tuberculose nasale, par A. Cartaz. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 2 mai 1891.)

Electrolyse de la cloison des fosses nasales, par Peyrissac. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er mai 1891.)

Des faux empyèmes de l'antre d'Highmore, par E.-J. Moure. (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, session de mai 1891.)

Syphilis héréditaire tardive des fosses nasales, par Noquet. (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, session de mai 1891.)

Rapport des tumeurs adénoïdes avec l'otite moyenne purulente chronique, par Wagnier. (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, 4 mai 1891, et *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 août 1891.)

Hypertrophie de la muqueuse du segment postérieur de la cloison et troubles de la voix, par V. Raulin. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 mai 1891.)

Examen de quatre rhinolithes, par A. Berlioz. (*Arch. int. de laryng., rhin. et otol.*, mai-juin 1891.)

I. Epithélioma de la fosse nasale droite. — II. Du meilleur traitement

Digitized by Google

à suivre après l'ablation des tumeurs adénoïdes pour éviter le coryza chronique, par Madeuf. (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, session de mai 1891.)

Embout de caoutchouc pour irrigations nasales, par Gellé. (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, session de mai 1891.)

Curettes électriques pour les végétations adénoïdes du pharynx nasal, par L. Rousseaux. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er juin 1891.)

Papillome volumineux s'implantant sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche, par Noquet. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er juin 1891.)

Arrêts de développement et déformations provoqués par l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx nasal, par Noquet. (*Bull. méd. du Nord*, 13 mars 1891.)

Le rhinosclérome, par Audry. (*Province med.*, 4 avril 1891.)

Des sinus frontaux et de leur trépanation, par Montaz. (*Ann. de l'enseign. sup. de Grenoble*, 1, 1891.)

Perforateur du sinus maxillaire, par Chauveau. (*Soc. méd. du VIIe arrond. de Paris*, 24 février, in *France méd.*, 5 juin 1891.)

Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Revue générale, par H. Nimier. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 6 juin 1891.)

Polype muqueux congénital des fosses nasales chez un nouveau-né. Ablation. Guérison, par Le Roy. (*France méd.*, 12 juin 1891.)

Influence de l'odeur sur les mouvements respiratoires et sur l'effort musculaire, par Ch. Henry. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 11 juin 1891.)

Rhinosclérome, par E. Besnier et E. Vidal. (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, séances des 11 juin et 9 juillet, in *Progrès méd.*, 13 juin et 11 juillet 1891.)

De l'asthme réflexe d'origine nasale et gastro-intestinale, par Bayer. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.* 15 juin 1891.)

Guérison radicale de l'ozène, par M. Christovitch. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juin 1891.)

Contribution à l'étude des abcès du sinus maxillaire, par Gapin. (*Thèse de Paris*, juillet 1891.)

Note sur quelques points spéciaux relatifs au diagnostic et au traitement des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Deschamps. (*Dauphiné méd.*, juin 1891.)

Technique rhinoscopique; du releveur du voile du palais et de son application, par Lubet-Barbon. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, juillet-août 1891.)

Un cas de guérison d'érysipèle de la face à répétition, par H. Lavrand. (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, 4 mai; *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er août 1891.)

Thrombose des veines ophthalmiques et des sinus caverneux à la suite d'une pustule d'acné de l'aile du nez, par Destot. (*Province méd.*, 13 juin 1891.)

Etudes sur les abcès des sinus frontaux considérés principalement dans leurs complications orbitaires, leur diagnostic et leur traitement, par A. Guillemain. (*Arch. d'ophthalm.*, t. XI, 1891.)

De l'irrigation nasale. Technique opératoire, par Rougier. (*Bull. méd. du dispens. gén. de Lyon*, août 1891.)

I. Epithéliome du côté gauche du nez, par Heurtaux. — II. Epithéliome de l'aile du nez, par Gruget. (*Soc. anat. de Nantes*, 8 juillet, in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 août 1891.)

Déformations du nez chez les idiots, par Revillet. (Congrès de médecine mentale, Lyon, 7 août, in *France méd.* et *Paris méd.*, 28 août 1891.)

Du redressement des déformations angulaires du nez par une opération sous-cutanée, par J.-O. Roe. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, septembre-octobre 1891.)

Végétations adénoïdes du pharynx nasal. Récidives sarcomateuses. Mort subite, par Delie. (*Rev. de laryng., otol. et rhin.*, 15 septembre 1891.)

Digitized by Google

Abaissement temporaire du nez pour l'exploration des fosses nasales, par Carré. (*Ass. franç. pour l'avancem. des sciences;* Congrès de Marseille, séance du 24 septembre 1891.)

Présentation de deux volumineux fibro-myomes des fosses nasales extirpés par les voies naturelles sans opération préalable, par G. Brémond. (*Ass. franç. pour l'avancem. des sciences;* Congrès de Marseille, séance du 24 septembre 1891.)

Note sur l'aire chirurgicale des sinus frontaux, par Alezais. (*Ass. franç. pour l'avancem. des sciences;* Congrès de Marseille, septembre 1891.)

Végétations adénoïdes du pharynx nasal, par J. Tissot. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 septembre 1891.)

Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par F. Roux. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 30 septembre 1891.)

De l'appareil nerveux central de l'olfaction, par Trolard. (*Arch. de neurol.*, juillet 1891.)

Traité de chirurgie. Nez, fosses nasales, pharynx nasal et sinus, par Gérard Marchant. (Tome IV, G. Masson, éditeur; Paris 1891.)

Sur la structure du cartilage élastique, par A. Pilliet. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 17; juillet 1891.)

Note sur le mode de communication du sinus frontal avec la meat moyen, par Alezais. (*Comptes rendus hebd. des séances de la Soc. de biol.*, 23 octobre 1891.)

Modification de la curette de Gottstein, par Hicguet. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er novembre 1891.)

Du toucher de la cavité naso-pharyngienne, par Ziem. (*Arch. int. de laryng., rhin. et otol.*, novembre-décembre 1891.)

Polypes muqueux des fosses nasales chez des enfants âgés de moins de 15 ans, par M. Natier. (*Ann. de la Policlinique de Paris*, nos 7, 8 et 9, 1891.)

De quelques troubles provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge, par Lubet-Barbon. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, novembre 1891.)

Statistique du Service de rhinologie, d'otologie et de laryngologie de la Policlinique de Paris, par M. Natier. (Broch. de 16 pages, O. Doin, éditeur; Paris, 1891.)

Suppuration du sinus maxillaire sans lésions dentaires apparentes, par Luc. (*Soc. de laryng., otol. et rhinol. de Paris*, séance du 6 novembre 1891.)

I. Tamponnement postérieur dans l'épistaxis suivi d'otite suppurée. — II. Névralgie naso-lobaire symptomatique d'une syphilis tertiaire nasale, par Gellé. (*Soc. de laryng., otol. et rhinol. de Paris*, séance du 6 novembre 1891.)

Du canal de Jacobson, de la possibilité de le reconnaître sur le vivant, son rôle dans la pathologie de la cloison nasale, par Potiquet. (*Soc. de laryng., otol. et rhinol. de Paris*, séance du 6 novembre; *Médecine modern.*, 19 novembre, et *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 décembre 1891.)

Statistique de 1115 opérations de tumeurs adénoïdes, par E. Ménière. (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 1er décembre, *Gaz. des hôp.*, 3 décembre 1891.)

De la douche nasale, par P. Tissier. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 18 novembre 1891.)

Le sinus sphénoïdal comme voie d'infection intra-crânienne et orbitaire, par Kaplan. (*Thèse de Paris*, décembre 1891.)

Quelques cas de parosmie, par A. Onodi. (*Rev. de laryng., otol. et rhin.*, 15 décembre 1891.)

Tumeurs adénoïdes et hypertrophie des cornets ayant provoqué des phénomènes de stase sanguine cérébrale et une conjonctivite catarrhale sans troubles auriculaires, par D. Albespy. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er janvier 1892.)

Digitized by Google

Technique rhino-otologique. De l'anesthésie générale par le bromure d'éthyle et de ses applications, par Lubet-Barbon. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, janvier-février 1892.)

Deux cas d'anosmie consécutifs à des opérations intra-nasales; guérison par l'électrisation continue et faradique de la muqueuse nasale, par Luc. (*France méd.*, 22 janvier 1892.)

Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et de ses cavités voisines, par E. Berger. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 15 janvier 1892.)

Des végétations adénoïdes, par A. Gouguenheim. (*Gaz. des hôp.*, 26 janvier 1892.)

De l'épistaxis et de son traitement, par A. Martin. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 27 janvier 1892.)

De la kérato-conjonctivite d'origine rhino-pharyngienne, par L. Couëtoux. (*Ann. d'oculist.*, décembre 1891.)

Des troubles respiratoires survenant chez les enfants trachéotomisés et porteurs de tumeurs adénoïdes pharyngiennes, par Martha. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er février 1892.)

Acné hypertrophique du nez, compliquée d'épithelioma, par Matignon. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 décembre 1891.)

Contribution à l'étude de la pathologie de l'amygdale pharyngée. Des adénoïdites, par Rey. (*Thèse de Bordeaux*, 1892.)

Note sur les minima perceptibles de quelques odeurs, par J. Passy. (*Comptes rendus hebd. des séances de la Soc. de biol. de Paris*, 5 février 1892.)

L'olfactométrie et la physique des vapeurs, par Ch. Henry. (*Comptes rendus hebd. des séances de la Soc. de biol. de Paris*, 12 février 1892.)

Rhinosclérome ou tuberculose nasale, par Jacquet. (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, séance du 11 février; *Bull. méd.*, 14 février 1892.)

Syphilis tertiaire du nez, par Rougier. (*Com. méd. du Dispens. gén. de Lyon*, séance du 3 décembre 1891; *Bull. méd. du Dispens. de Lyon*, février 1892.)

NOUVELLES

Par arrêté de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 9 avril 1892, M. le Dr Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux, est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Autriche, à l'effet d'y étudier les questions relatives à la laryngologie et à l'otologie.

M. Pierre Maurel, interne des hôpitaux de Paris, est également chargé d'une mission en Allemagne et en Autriche, pour y étudier l'enseignement de la laryngologie, de l'otologie et de la rhinologie.

Le *New York Medical Journal* annonce qu'une *Société d'otologie* vient d'être récemment organisée à New-York. Les séances auront lieu le troisième mardi des mois de novembre, janvier, mars et mai. L'organisation a été complétée dans une réunion tenue le 22 mars chez le Dr Gorham Bacon. Ont été élus : *président*, Dr A. H. Buck ; *vice-président*, Dr E. Gruening ; *secrétaire*, Dr E. B. Dench. La première séance aura lieu le mardi 17 mai.

Digitized by Google

Le Dr Dundas Grant a été nommé otologiste et laryngologiste au *West End Hospital pour les maladies nerveuses*, de Londres. (*Journal of Laryngology, Rhinology and Otology*, avril 1892.)

Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris.

Ordres du jour des séances des 1er avril et 6 mai.

Un cas de calcul salivaire du canal de Wharton, par CHATELLIER. — Contribution à l'étude anatomique et pathologique de l'organe de l'ouïe, au point de vue pratique, par POLITZER. — Nouveau procédé pour cathétériser la trompe d'Eustache, par LŒWENBERG. — Le signe auriculaire dans un cas de paralysie croisée, par GELLÉ. — Note sur les sthétoscopes à renforcement, par MARAGE. — Un cas de corps étranger de l'oreille gauche, par MÉNIÈRE. — Emploi de l'acide phénique pur dans les suppurations de l'oreille, par SUAREZ DE MENDOZA. — La douche nasale et ses indications, par PERCEPIED. — Corps étrangers de l'arrière-gorge et pharyngo-mycoses, par de NABIAS et SABRAZÈS. — Observation de syphilis pharyngo-laryngée, par CARTAZ.

La *Société allemande d'otologie* s'est constituée le 17 avril à Francfort-sur-Mein. La lecture des communications a eu lieu les 17 et 18 avril après l'approbation des statuts. Les professeurs Moos (Heidelberg) et Lucæ (Berlin) ont présidé. *Secrétaires :* Drs Szenes (Budapest) et Vohsen (Francfort). La réunion de 1893 se tiendra également à Francfort au moment des fêtes de la Pentecôte. Le comité est composé de Moos (Heidelberg), Lucæe (Berlin), Kühn (Strasbourg), Kessel (Iena), Bürkner (Gottingue), Walb (Bonn) et Wolf (Francfort-sur-Mein). 64 otologistes, parmi lesquels des Autrichiens, des Hongrois, des Suisses et des Hollandais ont pris part à la réunion. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 avril 1892.)

Le Comité d'organisation de la XIIIe section (*Laryngologie et Otologie*) du Congrès international de Rome est composé ainsi qu'il suit :

MM. Brunetti, Cozzolino, d'Aguanno, de Rossi, Dionisio, Egidi, Ficano, Gradenigo, Grazzi, Labus, Longhi, Massei, Masini, Putelli et Sapolini.

Nous lisons dans la *Berliner klinische Wochenschrift* qu'on doit fonder à Innsbruck une clinique pour les maladies du larynx et du nez. On a l'intention d'en offrir la direction comme *professeur extraordinaire* au laryngologiste bien connu, le Dr Heryng, de Varsovie.

Le Dr Eeman, se trouvant empêché de recevoir cette année, à Gand, les laryngologistes et otologistes belges, a prié le Dr F. Schiffers, de Liège, de vouloir bien le remplacer pour l'organisation de cette reunion. Ainsi, la troisième réunion annuelle des laryngologistes et otologistes de Belgique aura lieu à *Liège* le *dimanche* 5 *juin* 1892.

La séance ouvrira à deux heures de l'après-midi, dans la salle de la Policlinique des maladies de la gorge de l'*hôpital de Bavière*.

Nous lisons dans la *Wiener klinische Wochenschrift* que l'otologiste Jacoby, qui est mort l'an dernier, a institué comme légataire universelle la ville de Breslau, à condition qu'elle organise un *Institut* pour les

Digitized by Google

maladies d'oreilles avec des lits et une consultation externe. La partie hospitalisée, qui comprend 20 lits, a été ouverte au commencement d'avril, la Polyclinique le sera plus tard. Selon le vœu du testateur, la direction a été confiée à son ancien assistant, le Dr O. Brieger.

Vin de Chassaing. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

Grains de Céber. Poudre Manuel. Granules ferro-sulfureuses Thomas

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Resoconto statistico degli ammalati presentatisi nell' anno scolastico 1890-1891 all ambulatorio per le malattie dell' orecchio del naso et della gola nell' Ospedale Clinico dell' Università di Napoli, diretto dal prof. V. Cozzolino, par R. Cimmino. (Extrait du *Boll. delle Mal. dell' Orecchio, Gola e Naso*, nos 2 et 3, 1892).

Kyste séreux de la cloison des fosses nasales, par L. Rousseaux. (Extrait du journal *La Clinique*, n° 13, 1892.)

Hygiène de l'oreille. Soins préventifs contre les affections auriculaires, par Mounier. (Un vol. de 130 pages avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, 1892.)

L'oto-laryngologie et son importance pour le médecin praticien, par L. Sécrétan. (Extrait de la *Revue méd. de la Suisse romande*, juin 1891).

Note sur un cas de rhinosclérome, par L. Sécrétan et H. Stilling. (Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*, mars 1892.)

Études cliniques sur la laryngologie, l'otologie et la rhinologie pratique

Digitized by Google

et enseignement actuels en Europe, par R. Botey. (Fasc. 2, impr. N. Moya, Madrid 1892.)

Furonculotom für den aüsseren Gehörgang (Furonculotome pour le conduit auditif exerne, par Kœhler. (Tirage à part du *Monatschr. f. Ohrenh.*, n° 3, 1892, et en polonais du *Nowin lekarskrich*, n° 1, 1892.)

Du rhinosclérome, par A. Castex. (Broch. de 24 pages, O. Doin, éditeur, Paris, 1892.)

Un grosso tumore cistico dell' etmoide. Un caso di chiusura completa del cavo faringeo superiore (Une grosse tumeur kystique de l'ethmoïde. Un cas d'occlusion complète du cavum pharyngé supérieur, par G. Strazza. (Extrait du *Boll. delle Mal. dell' Orecchio, Gola e Naso*, n° 3, 1892.)

Notice supplémentaire sur la faculté de résorption complète des infiltrations tuberculeuses, par Th. Heryng. (Tirage à part des *Arch. int. de rhin., lar., otol.*, de R. Botey, mars 1892.)

Bulletin de la Société de médecine de Rouen, année 1891. (Rouen 1892.)

Du serre-nœud de Störk et de ses inconvénients, par P. François. (Extrait du *Nouveau Montpellier médical*, tome I, 1892.)

Die Geschwülste des Zungengrundes (Les tumeurs de la base de la langue), par A. Rosenberg. (Tirage à part de la *Deuts. Med. Woch.*, n. 13 et 14, 1892.)

Beitrag zur Sinusthrombose (Contribution à la thrombose des sinus, par Hansberg. (Tirage à part du *Monats. f. Ohrenh.*, etc., n° 1 et suivants, 1892.)

A case of late hereditary syphilis of the Nose, pharynx and larynx (Un cas de syphilis héréditaire tardive du nez, du pharynx et du larynx), par R. Botey. (Extrait du *Journ. of lar., rhin. and otol.*, avril 1892.)

Sulla difterite primitiva cronica delle narici. Nuove osservazioni e ricerche batteriologiche (Sur la diphtérie primitive chronique des narines. Nouvelles observations et recherches bactériologiques), par L. Concetti. (Extrait des *Arch. ital. di laringol.*, fasc. 2, 1892.)

Ueber den Zusammenhang von Sprachgebrechen mit Nasen und Rachenleiden (Sur la relation des vices de la parole avec les affections nasales et pharyngées), par M. Bresgen. (Tirage à part du *Monats. f. gesammte Sprachheilk*, avril 1892.)

Maladies de la bouche et du pharynx, par A. Ruault. (Extrait du *Traité de chirurgie*, tome III, G. Masson, éditeur, Paris, 1892.)

Étude critique sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale, par Potiquet. (Extrait de la *Médecine moderne*, 1892.)

The removal of adenoid growths from the voult of the pharynx. (Ablation des végétations adénoïdes de la voûte du pharynx, par H. Hovle Butts. (Extrait du *Med. news*, 2 avril 1892.)

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Boulol (Cl.) 57.5.92.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

SUR LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE L'EMPYÈME DE L'ANTRE D'HIGHMORE.

Par le Professeur O. CHIARI, de Vienne.

En octobre 1889, je communiquai à la Société Impéro-Royale de médecine de Vienne (1), les résultats que j'avais obtenus dans le traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore.

Dans 4 cas, après l'enlèvement de la seconde prémolaire, et dans 1 cas après l'extraction de la première molaire au moyen de la machine à perforer américaine, on pratiqua un canal de 1 et demi à 2 millimètres vers l'antre. Le canal fut tracé très étroitement pour que le pus ne pénétrât pas de l'antre dans la cavité buccale et que les parcelles alimentaires ne pussent pénétrer de la bouche vers le sinus. Cet accident n'arriva jamais pendant le traitement, et on n'eut besoin de recourir à aucun appareil obturateur artificiel, qui incommode toujours les malades; de plus, ces derniers apprirent bientôt à introduire une fois par jour les canules minces à injection et pratiquèrent la cathétérisme du canal une fois par jour, ou dans quelques cas seulement une fois par semaine pour conserver le canal ouvert dans toute sa longueur.

Ainsi, cette méthode d'injection était la plus facile et la plus agréable, parce qu'elle pouvait être employée aisément

(1) *Wiener Klinische Wochenschrift*, n°s 48 et 49, 1889.

Digitized by Google

par les malades eux-mêmes sans exception, et semblait, en raison de l'étroitesse du canal qui rendait impossible l'introduction de parcelles alimentaires de la bouche dans l'antre, garantir une prompte guérison. Malheureusement, cette attente fut déçue, car, comme dans les autres méthodes d'injection, la guérison se fit attendre ou ne survint pas du tout, malgré qu'il se produisit presque toujours une amélioration.

Des 6 cas que j'ai traités par les injections jusqu'en octobre 1889, 2 guérirent (en 6 et 2 mois); il y en a un que je ne revis plus après les premières injections qui avaient été suivies de succès; un autre fut amélioré au bout de 4 mois, mais il ne revint pas depuis; enfin, j'ai suivi les deux derniers cas jusqu'à ces temps derniers, et j'ai pu me convaincre qu'ils n'étaient pas guéris. Je vais rapporter brièvement ces deux cas.

Un homme de 37 ans (n° 1 de la publication mentionnée plus haut), souffrait depuis 1872 d'un écoulement purulent de la fosse nasale droite; la dernière prémolaire fut extraite en février 1888, et il resta un morceau de la racine; l'antre d'Highmore fut percé au moyen du perforateur américain au travers de cette racine. Depuis, le malade a fait des injections d'abord quotidiennes, puis bi-hebdomadaires et en dernier lieu, une fois par semaine. Vers le milieu de février de cette année, il me dit que la suppuration est sans doute souvent insignifiante, mais qu'elle devient parfois plus forte. Comme il n'était pas disposé à employer un traitement énergique, je lui conseillai des injections hebdomadaires d'iodoforme dans de l'huile d'olive à 2 0/0, mais sans résultat appréciable. La suppuration de l'antre avait, il est vrai, beaucoup diminué après le commencement de l'emploi des injections (février 1888), mais elle persiste toutefois encore aujourd'hui.

Le second cas (n° 5 de la publication citée précédemment), concerne un homme de 60 ans qui, depuis la fin de novembre 1888, fait tous les deux ou trois jours des injections en partie avec une solution d'acide phénique à 1/2 0/0, en partie avec de l'hypermanganate de potasse sans que la suppuration ait notablement diminué. La dernière lettre, datée du 27 décembre 1891, mentionne la persistance de la suppuration, mais le malade ne peut se décider à employer un traitement énergique.

Digitized by Google

Toutefois, ces cas prouvent qu'un canal de 1 et demi à 2 millimètres peut être maintenu facilement ouvert pendant des années, grâce à des sondages fréquents.]

Depuis, j'ai traité 5 cas par des injections; 2 ont guéri et 3 n'ont pas guéri.

Observation I. — Mlle O..., âgée de 26 ans, se présenta au commencement de novembre 1888 à ma consultation et se plaignit de souffrir depuis six mois d'un engorgement de la narine gauche et d'un écoulement purulent du même côté, en même temps que de céphalalgie frontale. Le cornet moyen était épaissi et présentait à sa partie antérieure plusieurs petits polypes; entre le cornet moyen et la paroi nasale externe se montrait du mucus purulent. L'extraction des polypes ainsi que la cautérisation du cornet épaissi rendirent la perméabilité de l'air à la moitié gauche du nez, mais ne firent disparaître ni le mal de tête ni l'écoulement purulent. La première molaire gauche supérieure fut détruite jusqu'à quelques restes de sa racine. La malade ne put se décider à la perforation de l'antre d'Highmore et ne revint me trouver que le 30 mars 1890. L'état étant le même, je ne doutais pas de l'existence de l'empyème de l'antre d'Highmore, mais après l'insuccès de la ponction exploratrice de M. Schmidt à travers la paroi du méat inférieur, je fis une ponction avec un trocart explorateur chirurgical, par laquelle pénétra dans la canule du pus fétide. Le 1er avril 1890, je fis extraire les racines de la première molaire par le Dr Zsigmondy et perforer l'antre, ce qui fut fait aisément. L'introduction de mes canules minces de même que les injections, réussirent facilement; toutefois la suppuration diminua lentement jusqu'au commencement de mai, époque à laquelle la malade ne reparut plus.

Observation II. — Le Dr v. G..., avocat viennois, âgé de 45 ans, eut l'influenza au commencement de décembre 1889, à la suite de laquelle persista un coryza qui, au bout de quelques semaines fut accompagné d'un écoulement purulent de la narine droite qui était très fort le matin, cessait au bout de quelques heures, et recommençait de nouveau. Le malade souffrait également de violentes névralgies des nerfs frontal et sus-orbitaire droit et parfois aussi du sous-orbitaire. Il existait, le 11 mars 1890, plusieurs dents gâtées à la mâchoire supérieure droite, la première molaire droite était fortement cariée et un peu refoulée en bas. Dans la narine droite, on voit dans la région de l'hiatus semi-lunaire, du pus qui, après avoir été soigneusement enlevé,

Digitized by Google

parait de nouveau. Le diagnostic certain fut : empyème de l'antre d'Highmore droit. Je fis extraire le 16 mars la première molaire supérieure droite par le Dr Zsigmondy ; cette opération, qui coûta beaucoup de peine, fut suivie de la perforation de la cavité de l'antre d'Highmore à travers l'alvéole interne à l'aide de la machine perforatrice américaine. L'injection pratiquée aussitôt réussit bien, quoique l'eau injectée s'écoulât par le nez, mais on ne put faire évacuer le pus. C'est seulement le lendemain qu'apparut une grande quantité de pus morveux fétide ; à la suite de cette évacuation les maux de tête diminuèrent. Les injections firent bientôt disparaître complètement les céphalalgies, mais la suppuration ne diminua que lorsque j'eus, après l'injection d'acide phénique à 1/2 0/0, injecté une cuillerée à café de la solution suivante : iodoforme 2, huile d'olive 200. Cette solution séjourna dix minutes dans la cavité, après quoi on injecta de l'eau dans le but de précipiter sur la paroi de la cavité l'iodoforme finement pulvérisé. Je voulais éviter d'élargir par trop le conduit afin de ne pas obliger le malade à porter une canule à demeure. La suppuration diminua jusqu'en septembre, époque à laquelle le traitement put être complètement suspendu. La guérison complète fut constatée en 1891. On ne pouvait plus sonder le conduit.

Observation III. — M. Sch. Fr..., âgé de 36 ans, eut l'influenza en décembre 1889. Au milieu du mois de janvier 1890, se déclara une périostite des racines de la seconde molaire supérieure gauche, à la suite de laquelle la joue enfla fortement et resta quatre jours dans cet état. Au commencement de février se développa un violent coryza bilatéral et au milieu du même mois se produisit un écoulement purulent fétide de la narine gauche. Cet écoulement qui était particulièrement fort, le matin persista jusqu'à la fin de mars, époque à laquelle le malade vint me trouver pour la première fois. On voyait du pus dans la région de l'hiatus semi-lunaire, une ponction avec une aiguille de Pravaz forte et un peu recourbée, pénétra facilement au travers du méat inférieur et l'aspiration, au moyen de la seringue de Pravaz, amena une issue de pus fétide. Le 1er avril, je priai le Dr Zsigmondy d'extraire la seconde molaire supérieure gauche et de perforer l'antre d'Highmore à travers l'alvéole de la racine interne, ce qui, à cause de l'épaisseur de la couche osseuse, fut difficile malgré l'emploi de la machine américaine. On introduisit une longue canule de 1 millimètre d'épaisseur et on fit une injection qui amena une issue de pus par le nez. A la suite de

Digitized by Google

l'injection du 2 avril, il sortit d'abord du pus par le nez, mais après que la canule eut été introduite une seconde fois, le malade l'ayant retirée, il se produisit subitement un emphysème de la paupière inférieure accompagné de vives douleurs ; de plus, la fosse nasale gauche était engorgée par la tuméfaction de l'extrémité postérieure du cornet inférieur et par le soulèvement de la muqueuse sous l'extrémité antérieure du cornet inférieur. L'incision de ce soulèvement amena l'issue d'environ 3 grammes de liquide sanguin. La tuméfaction des choanes et du canal nasal inférieur disparut complètement en huit jours ; l'emphysème de la paupière ne reparut plus dès le troisième jour qui suivit l'opération.

Évidemment, dans ce cas, la canule mince avait pénétré sous la muqueuse de l'antre d'Highmore, et ensuite le liquide de l'injection avait soulevé, non seulement celle de l'antre d'Highmore, mais encore celle du méat inférieur qui est en corrélation continue avec elle. L'emphysème de la paupière inférieure occasionné par la pénétration de liquide mêlé à de l'air peut se produire par diverses voies :

1° Par le conduit naso-lacrymal. Parce que son enveloppe tendineuse ne s'applique pas directement sur l'os, il serait possible que par l'injection elle s'en détache ; par la cavité ainsi formée, la fluidité combinée avec l'air pourrait arriver dans le tissu cellulaire poreux sous la paupière. Mais il se serait produit vraisemblablement du trouble dans l'écoulement des larmes, symptôme qui manquait dans notre cas. Le même fait se serait présenté dans le cas de fistule interne du conduit lacrymal sur l'antre [Ziem (1)] ;

2° Faut-il prendre en considération la formation de déhiscences de la paroi osseuse de l'antre qui, selon Zuckerkandl, peuvent apparaître ou comme des manifestations de l'âge, ou comme une dilatation des canalicules vasculaires, ou comme des arrêts de développement. En raison de l'âge relativement jeune du malade, on ne peut s'arrêter qu'aux deux dernières hypothèses. Les canalicules vasculaires ont déjà été cités par Ziem (2) comme étant l'origine d'un abcès de la

(1) Abcess der Orbita und Thränensackfistel bei Eiterung der Kieferhoehle (*Allg. Med. Central Zeitung*, n°s 37, 38 et 39, 1887.

(2) Abscess am unteren Augenlide bei Eiterung der Kieferhœhle und Periostitis einer Zahnwurzel (*Allg. Med. Central Zeitung*, n°s 48 et 49, 1887.

Digitized by Google

paupière inférieure provenant d'une suppuration de l'antre. Il croit que dans son cas une des sinuosités sous-orbitaires de l'antre, faisant issue dans le canal vasculaire, aurait conduit la suppuration sous la paupière.

Il attribue la même origine (1) à un abcès de l'orbite et à une fistule du sac lacrymal à la suite d'une suppuration de l'antre d'Highmore, en regardant de nouveau les canalicules vasculaires comme voies de communication.

Ces déhiscences, soit qu'elles soient une dilatation des canalicules vasculaires, soit des arrêts de développement, ne peuvent apparaître, d'après Zuckerkandl, en partie qu'au rebord sous-orbitaire, en partie à la paroi inférieure du canal sous-orbitaire, en partie à la tubérosité du maxillaire. La tubérosité du maxillaire est le moins souvent atteinte, et la fluidité unie à l'air aurait dû pénétrer de là à travers la fissure orbitaire inférieure, le long du plancher de l'orbite, jusqu'au ligamentum tarsi inferioris, et aurait dû le briser. On aurait dû vraisemblablement observer un changement de place du bulbe, qui ici faisait défaut, et de même on s'attendait à trouver une tuméfaction de la paroi du pharynx, bien que le chemin de la tubérosité du maxillaire à l'amygdale soit court. Ziem (2) a cherché à expliquer un cas de périamygdalite suppurée par le passage de la suppuration le long des canaux vasculaires de la tubérosité du maxillaire en venant de l'antre. Il ne reste donc comme lieux de pénétration du liquide sous la paupière inférieure que les déhiscences de la paroi orbitaire inférieure ou du canal sous-orbitaire.

Comme il a été dit, ces manifestations disparaissaient rapidement, mais le malade, qui était d'une nature très craintive, refusa de dilater le canal ou de pratiquer quelque autre ouverture, bien que l'écoulement purulent persistât à travers le nez. Je le vis pour la dernière fois le 4 juin 1890, mais je ne pus le décider à un traitement énergique.

C'est ce cas qui me découragea de la méthode qui consiste à percer un canal étroit dans l'antre d'Highmore à travers

(1) Ziem, L. C.
(2) Zur Entstehung der Peritonsillitis, etc. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, etc., n° 9, 1888.

Digitized by Google

l'alvéole, et depuis cette époque j'ai toujours pratiqué une fistule plus grande, soit par l'alvéole, soit par la fosse canine.

Observation IV. — M. D..., de Braïla, âgé de 30 ans, vint me consulter le 18 juin 1889, sur le conseil du Dr Zontides, pour un écoulement purulent de la narine gauche. Il avait suivi divers traitements antisyphilitiques et en était très affaibli, mais à part quelques bubons indolents, il ne présentait aucune trace de son infection antérieure. La narine droite était remplie de pus, qui s'écoule à peu près quotidiennement en quantité de quelques cuillerées à soupe. Après l'enlèvement du pus, on voit un fort gonflement des cornets du nez, surtout du cornet moyen, et, entre ce dernier et la paroi nasale extérieure, une masse purulente qui, après avoir été enlevée soigneusement, reparaît au bout de peu de temps. Les cornets du côté droit sont légèrement rouges et épaissis, de même que la muqueuse de la cavité naso-pharyngienne; toutefois, il n'existe pas de pus dans la narine droite. La deuxième prémolaire supérieure gauche est plombée, légèrement colorée de bleu et souvent douloureuse; elle est également sensible au choc. Le malade qui, comme je l'ai dit, est très affaissé, ne se décide pas à la perforation de l'antre d'Highmore; mais il se rend à un établissement d'hydrothérapie pour reprendre des forces; je lui conseillai des lavages du nez avec le siphon nasal (avec une solution de sel de table à 1/2 0/0) qu'il continua jusqu'au mois d'août 1891. Je le revis le 22 août 1891. Entre temps, il avait fait encore une cure aux bains iodés de Hall, dans la Haute-Autriche, et avait été aussi à Paris où Luc avait également diagnostiqué un empyème de l'antre d'Highmore. Sa santé générale était satisfaisante; la sécrétion de la narine gauche avait sensiblement diminué, de sorte que, seulement toutes les deux ou trois semaines, il s'écoulait plusieurs cuillerées à café de pus fétide. Dans l'intervalle, on n'observa que la sécrétion de petites collections de mucus purulent à travers le pharynx et la narine gauche ; la joue gauche était aussi parfois douloureuse. Il n'existait dans la narine gauche qu'un peu de mucus purulent dans la région de l'hiatus semi-lunaire. Deux jours auparavant, un médecin avait extrait la deuxième molaire supérieure gauche, sans que du pus ait fait issue. Je conseillai de nouveau la perforation de l'antre d'Highmore qui fut exécutée facilement au moyen du trépan perforateur à travers l'alvéole encore ouverte. Les injections consécutives n'amenèrent pas

Digitized by Google

l'issue du pus ; seulement, au bout de trois jours, apparurent quelques masses purulentes fétides ; le conduit de la plaie fut obstrué au moyen de la gaze iodoformée, et les injections furent continuées deux fois par semaine. Au commencement de 1892, j'appris que l'état était resté à peu près stationnaire.

La perforation et l'injection amenèrent un prompt succès dans un cas aigu.

Observation V. — M. U..., âgé de 40 ans, capitaine, fut atteint, à la fin d'octobre 1891, d'une inflammation du périoste dans la région de la première prémolaire supérieure gauche. Cette inflammation disparut rapidement et le malade fit plomber sa dent. Peu de temps après apparut un écoulement jaune et fétide qui sortait de la narine gauche, surtout le matin, en quantité d'une demi-cuillerée à soupe. Cet état décida le malade à venir me trouver le 24 novembre. Je constatai la présence du pus dans la région de l'hiatus semi-lunaire et trouvai la première prémolaire supérieure gauche plombée colorée en bleu et sensible au choc. Comme par suite d'une déviation de la cloison, il était difficile de pénétrer dans le méat inférieur gauche et que la dent était très malade (les autres dents étaient bien conservées, et seule la seconde molaire était plombée), je conseillai son extraction, car sans aucun doute elle était la cause de l'empyème. Le 25 novembre, j'arrachai la dent, et au moyen du trépan perforateur de Langenbeck, je perforai aisément l'antre à travers l'alvéole interne. Le pus fit immédiatement issue. Je lavai la cavité, ce qui fit sortir beaucoup de pus fétide et je remplis l'alvéole avec de la gaze iodoformée. Le malade se fit faire quotidiennement des injections d'une solution d'acide phénique à 1/2 0/0, par son médecin. Le 28 décembre, la suppuration avait complètement cessé; j'ordonnai la suspension des lavages et ne maintins que l'occlusion de l'alvéole par la gaze iodoformée. Cinq jours après, le canal était fermé ; je vis le malade pour la dernière fois le 29 février 1892. La suppuration était tarie, le canal ne laissait plus passer la sonde même la plus mince.

Ainsi, sur ces 4 cas, il n'y eut que 2 guérisons. D'après d'autres observateurs, les lavages employés seuls ne paraissent pas avoir fourni des résultats extraordinaires. Jeanty (1) rapporte 22 cas de la clinique du Dr Lichtwitz, sur lesquels 9 seulement ont guéri par l'emploi de lavages

(1) *De l'empyème latent de l'antre d'Higmore*, etc. (Bordeaux, Feret et fils éditeurs, 1891.)

Digitized by Google

avec une solution d'acide borique à 3 0/0, 11 ont été améliorés. Les résultats paraissent encore plus mauvais dans les cas d'empyème bilatéral, attendu que sur 11 cas Lichtwitz (1) n'en guérit que 2, 7 s'améliorèrent et 2 ne revinrent plus après le commencement du traitement. Je citerai encore quelques communications faites dans ces dernières années : Ziem (2) rapporte, en 1886, 21 cas sur lesquels il y eut 6 guérisons et 9 améliorations ; Walb (3), au contraire, sur 25 cas, en a guéri 19 et amélioré 6 ; Krieg (4), sur 21 cas, a eu 19 guérisons et 4 traitements sans résultat. Moi-même, sur 11 cas traités seulement par les injections, j'ai eu 5 guérisons et 4 améliorations ; un malade ne se laissa laver que deux fois et un autre, malgré des lavages faits depuis 3 ans, est demeuré non guéri. Parmi les cas améliorés, il en est un qui fait des injections depuis quatre ans.

Les résultats incertains de cette méthode m'ont amené à en essayer d'autres. Celle qui, en dernier lieu, paraît promettre le plus, est le traitement sec d'après Combe (5) et Krause (6) qui, après l'ouverture de l'antre, soit par l'alvéole, soit par le méat inférieur insufflent de l'iodol ou de l'iodoforme pulvérisé, après avoir fait sortir le pus par des lavages. Bresgen (7) n'emploie que l'insufflation d'air pour tarir le pus. Je me suis servi souvent de cette méthode combinée avec les injections.

Observation VI. — Je vais rapporter brièvement un cas que j'ai déjà cité, le 25 octobre 1889, dans mon mémoire. J'avais vu pour la première fois, le 21 octobre 1889, la malade, âgée de 33 ans qui portait une canule de drainage dans l'alvéole de la seconde molaire qui à cause de la suppuration nasale avait été extraite au mois de mai, car elle était cariée et souvent douloureuse, la pointe de la racine était rude au toucher ; l'alvéole donna aussitôt issue à du sang et à du pus ; la sonde pénétra facilement

(1) De la fréquence de l'empyème latent bilatéral, etc. (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., février 1892.)
(2) *Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, nos 2, 3, 4, 1886.
(3) *Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten*, etc. Bonn, 1888.
(4) *Medicin Correspondenzblatt*, nos 34 et 35, 1888.
(5) *Congrès français de Chirurgie*, 18-20 août 1886.
(6) *V. Friedlaender Berliner Klinische Wochenschrift*, no 37, 1889.
(7) *Revue de Laryngologie*, 15 novembre 1890.

Digitized by Google

dans l'antre d'Highmore. Après le lavage de la cavité, un collègue spécialiste introduisit un drain dans l'antre d'Highmore à travers l'alvéole et le laissa en place sans le consolider pour conserver le trajet ouvert. Les injections, répétées 3 fois par jour, donnèrent chaque fois, issue à une pleine cuillerée à café de pus. A la fin de septembre, le drain par suite d'une imprudence de la malade pénétra dans l'antre d'Highmore et ne put être retiré par le collègue spécialiste, ce qui amena la malade à venir me trouver. Le 24 octobre, je pus extraire le drain au moyen de la petite pince de Schrœtter; il était long de 4 centimètres 1/2 et épais de 5 millimètres. Les lavages furent pratiqués plus profondément à travers le canal, mais comme au bout de deux jours, ce dernier se rétrécissait, je fis introduire par le Dr Zsigmondy une canule d'or à demeure à travers laquelle la malade se lavait.

Vers la mi-décembre, elle perdit sa canule que je fis remplacer par ma canule longue de 15 centimètres et épaisse de 1mm1/2 à 2 millimètres que j'ai déjà décrite. La malade l'introduisait elle-même chaque matin et faisait des lavages de l'antre d'Highmore avec une solution d'acide phénique à 1/2 0/0; toutefois, jusqu'au commencement de février 1890 il sortit quotidiennement de 3 à 4 grammes de pus.

Malgré tout, la malade était tellement satisfaite de son état, que ce ne fut qu'après de longues exhortations qu'elle se décida à essayer une autre méthode.

Je voulais insuffler de l'iodoforme ou de l'iodol et, pour cela, le canal qui s'était rétréci jusqu'à 1mm1/2, devait être dilaté, ce qui advint au bout de 4 jours par l'emploi du catgut et de tiges de laminaria. Pour conserver au canal son ouverture de 4 millimètres et en même temps pour empêcher la pénétration des aliments venant de la cavité buccale, je fis faire par Zsigmondy une tige de caoutchouc durci, qui, à l'aide de 2 crochets d'or, s'adaptait à la première molaire et obstruait complètement l'ouverture, mais qui pouvait être facilement enlevée à l'effet d'insuffler de l'iodoforme. J'insufflai quotidiennement de l'iodol parce que l'odeur de l'iodoforme était insupportable à la malade, et je m'assurai au bout de 5 jours par une injection, qu'il ne s'était formé que des traces de pus. Jusqu'au milieu d'avril la suppuration fut écartée par cette méthode après que, dans l'intervalle je me fusse assuré par des lavages explorateurs de sa prompte cessation. Le canal se ferma rapidement, tandis que peu à peu je fis diminuer la tige de caoutchouc durci et enfin

Digitized by Google

l'enlevai. Le même mode de traitement, combiné de nouveau avec une occlusion de la fistule, contre l'introduction des aliments dans l'antre, amena la guérison dans le cas suivant.

Observation VII. — M. Schw..., âgé de 46 ans. Je le soignais depuis plusieurs années pour un catarrhe du larynx et du pharynx. Une grande partie de ses dents sont cariées, d'autres manquent : à la mâchoire supérieure, une incisive, la canine, la deuxième prémolaire et les deux premières molaires, sont en partie cariées. La deuxième prémolaire en particulier était tellement détruite par la carie, qu'on n'en voyait plus que les racines qui suppuraient fréquemment. Après leur extraction opérée le 6 décembre 1889, il s'écoula de l'alvéole du pus épais et fétide, surtout lorsque l'on appuyait sur la gencive au-dessus de l'alvéole.

La sonde pénétrait aisément dans l'antre d'Highmore. Une injection, pratiquée le 7 décembre 1889 avec une solution d'acide phénique à 1/2 0/0 à travers une canule longue et mince dans l'alvéole, amena l'issue d'une grande quantité de pus, mais pas une goutte ne vint dans le nez ni à ce moment, ni lors des lavages ultérieurs, de sorte que cet antre d'Highmore devait être fermé du côté du nez.

Je fis de nouveau introduire, par le dentiste, une tige de caoutchouc durci dans le conduit, pour le maintenir ouvert d'un côté, de l'autre côté pour empêcher la pénétration des aliments dans l'antre (dans ce cas, la tige était assujettie à une lame du palais), je faisais des lavages une ou deux fois par semaine suivis d'insufflation d'iodol. La suppuration ne reparut plus à partir du 15 janvier 1890. Je fis de plus fréquentes insufflations d'iodol, m'assurai, par des injections, de l'absence du pus et fis diminuer peu à peu la tige, jusqu'en mai 1890, époque où le conduit se trouva à peu près complètement clos.

Toutefois, je pus encore, le 16 décembre 1891, après avoir traversé une couche mince, pénétrer dans l'antre d'Highmore avec une sonde de petit calibre, malgré qu'on n'eut pratiqué aucun lavage depuis le mois de mai 1890.

Le cas suivant fut traité de la même façon.

Observation VIII. — M. P.., Monténégrin, âgé de 40 ans, se fit arracher, en 1887, la dernière molaire supérieure gauche, une racine resta dans les os d'après le dire du malade, et amena un fort écoulement purulent fétide, tant de la partie où la dent manquait que de la narine gauche. Sur le conseil de son médecin, il

Digitized by Google

pratiqua des lavages à travers l'alvéole, à la suite desquels, l'eau injectée s'écoula par le nez. Toutefois la suppuration unilatérale ne tarit pas, et de l'autre côté, le rétrécissement de la fistule alvéolaire nécessita l'introduction d'une canule; c'est dans ce but que le malade vint me trouver le 18 mars 1890. Dans la narine gauche, on voit du pus entre le cornet moyen et la paroi externe. Un reste de racine de la dernière molaire est encore fiché dans l'alvéole, dans laquelle je pénétrai avec peine à l'aide de ma canule mince et fis sortir une grande quantité de pus très fétide. Je retirai le reste de la racine, et ayant inutilement tenté de dilater le conduit qui mène dans l'antre d'Highmore au moyen d'une tige de laminaria, je le fis agrandir à l'aide de la machine perforatrice américaine, de telle sorte qu'on put y insuffler de l'iodoforme pulvérisé. Pour maintenir le conduit dilaté, je fis de nouveau fixer par le Dr Zsigmondy une tige de caoutchouc durci dans une lame du palais; le malade qui, quelques jours après, dut quitter la ville, ne reçut que cette prothèse et le conseil de faire des insufflations d'iodoforme après chaque injection, après que je me fusse assuré qu'il pourrait facilement accomplir cette manipulation. Malheureusement, je n'entendis plus parler du malade.

Dans le cas suivant, je perforai avec le trocart de Krause à travers le méat inférieur, je fis des lavages et priai la malade, qui était obligée de partir, de se faire faire par son médecin des insufflations d'iodoforme qui amenèrent à peu près la guérison. Par malheur, le résultat final ne fut pas bon, ainsi que l'observation complète va nous l'apprendre.

Observation IX. — Mme G..., de Klagenfurt, en Carinthie, âgée de 34 ans, se présenta à ma consultation, le 15 mai 1891, de la part du Dr Smoley. Elle souffrait depuis des années d'un écoulement purulent de la narine gauche, qui sortait tantôt en avant, tantôt en arrière. Malgré qu'elle n'eut jamais souffert des dents, la première prémolaire supérieure lui fut enlevée à Klagenfurt; toutefois on ne put pénétrer par l'alvéole dans l'antre d'Highmore. L'examen du nez révéla un épaississement du cornet moyen et, à l'extérieur, un peu de mucus purulent. Elle n'accusait aucune douleur dans les joues, mais de fréquents maux de tête. Je pratiquai, avec la seringue de Pravaz, une ponction exploratrice sous le cornet inférieur et j'aspirai la moitié d'une seringue de Pravaz remplie de pus jaune et fétide. Le lendemain, je perforai, à l'aide du trocart de Krause, le méat

Digitized by Google

inférieur, j'injectai une solution d'acide phénique à 1/2 0/0 et une émulsion d'iodoforme après que le lavage eut fait disparaître le pus. La perforation fut close au moyen d'un tampon de gaze iodoformée, et la malade du rentrer chez elle où le Dr Smoley fut chargé de continuer les injections et de faire plus tard des insufflations d'iodoforme.

Une lettre que m'adressa, le 18 février 1892, le Dr Smoley, me donna les renseignements suivants : La malade avait appris à faire elle-même les lavages, le Dr Smoley la voyait de temps en temps et, à la fin de juillet 1891, elle était presque guérie. Elle partit pour le Tyrol, avec la recommandation de boucher avec de la gaze iodoformée l'ouverture de la perforation située sous le cornet inférieur, ce qu'elle avait appris à faire depuis quelque temps et depratiquer de temps à autre des injections. Elle ne paraît pas avoir été assez persévérante, car lorsque le Dr Smoley la revit, le 26 novembre 1891, on ne trouvait plus l'ouverture de la perforation, et la suppuration de l'antre d'Highmore était revenue comme par le passé. La malade ne put se décider à une nouvelle opération.

Bien que, dans ce cas, la malade eut vite appris à faire elle-même des lavages à travers le méat inférieur moyen et à introduire de la gaze iodoformée dans la lacune de la paroi nasale externe, elle se lassa bientôt de cette procédure fatigante, et la maladie reprit son cours. La difficulté d'introduction de la canule rend la perforation, suivant Mikulicz et Krause impossible pour les malades qui ne peuvent chercher chaque fois le médecin; selon Jeanty (*loc. cit.*), dans deux cas, cette méthode dut être vite abandonnée. Cette objection est encore plus en situation (difficulté de l'introduction de la canule) pour la méthode d'Hartmann que j'ai essayée dans bien des cas, mais qui n'a réussi que dans le cas suivant :

Observation X. — M. M..., âgé de 69 ans, est atteint d'une sécrétion purulente des deux narines, pendant qu'il se mouche, et seulement pendant l'après-midi; d'après les renseignements fournis par le malade, la suppuration s'est montrée, il y a quelques années, à la suite de l'extraction de quelques dents de la mâchoire supérieure droite, extraction qui fut suivie d'une tuméfaction extraordinairement forte de la joue droite. J'introduisis, le 7 juillet 1891 sous le cornet inférieur, un trocart explora-

Digitized by Google

teur ordinaire dans l'antre d'Highmore droit, et le lavai suivant la méthode de Lichtwitz, ce qui amena l'issue d'une grande quantité de pus fétide. Comme toutes les dents de la mâchoire supérieure manquaient, je cherchai, le 11 juillet, à introduire la canule de Hartmann à travers l'orifice du sinus maxillaire, je fis une injection et il s'écoula beaucoup de pus fétide. Malheureusement, je ne revis plus le malade.

Dans beaucoup d'autres cas, je réussis sans doute à traverser l'orifice du sinus maxillaire et pus injecter un peu de liquide dans l'antre, ce que les malades remarquaient aussi immédiatement, mais on ne doit regarder comme efficace le lavage que dans les cas où l'orifice du sinus maxillaire est très-large et bien situé, où dans ceux où il existe une ouverture accessoire. Je ne suivis pas le conseil de Hartmann qui se ménage de l'espace par la résection du cornet moyen, parce que cette opération n'est certainement pas plus facile que la perforation de l'antre et que l'introduction consécutive de la canule de Hartmann est réservée aux médecins dans la plupart des cas.

Les résultats incertains de la méthode par injections, la difficulté, pour les malades, soit de pratiquer eux-mêmes les lavages, soit, le plus souvent, d'aller plusieurs fois par semaine chez le médecin, me décidèrent bientôt à favoriser le tamponnement par la gaze iodoformée, bien que le traitement sec promît des succès (v. Friedlaender).

Comme argument contraire au traitement sec, je relevai, après l'ouverture de l'antre d'Highmore par la bouche en particulier, la nécessité de clore l'ouverture pendant l'intervalle, et, dans les cas d'ouverture par le méat inférieur, la difficulté de sonder cette ouverture. En faveur du tamponnement par la gaze iodoformée, en dehors de la recommandation sérieuse de Schech (1), il y avait les connaissances des chirurgiens sur la valeur de la réduction du pus et le faits, que le changement de la gaze iodoformée effectué d'abord seulement tous les 4 ou 5 jours, n'est plus nécessaire après que toutes les semaines ou toutes les deux semaines.

(1) *Die Krankheiten der Nebenhöhlen der naze.* (Franz Deuticke, Wien u. Leipzig, 1890.).

Digitized by Google

L'emploi du tamponnement n'exige pas un spécialiste, il peut être effectué aisément par tout médecin.

Dans les trois cas de tamponnement qui suivent, l'empyème de l'antre d'Highmore était déjà perforé à travers la fosse canine, et ainsi le lieu de la perforation était certain.

Observation XI. — Mme Z..., âgée de 26 ans, me fut adressée, le 26 mai 1891, par le Dr Thomas. Elle eut, à la fin d'avril, un gonflement sur la première molaire supérieure droite, qui fut ouvert le 4 mai et donna issue à beaucoup de pus. Le 5 mai, il s'écoula du pus par le nez, mais depuis seulement par la bouche. L'examen de la bouche révéla l'intégrité des dents de la mâchoire supérieure droite, toutefois elles étaient plombées et un peu fendillées. Par un intervalle de l'épaisseur d'un crayon ayant des bords osseux, âpres, on arrivait facilement dans l'antre d'Highmore. Je le lavai, ce qui n'amena aucun écoulement purulent ou fluide du nez; le lendemain, je dilatai l'espace dans l'épaisseur d'un centimètre et j'introduisis une bande large de 4 centimètres et longue de 40 à 50 centimètres, de gaze iodoformée à 50 0/0 dans la cavité. Cette bande fut enlevée au bout de 3 ou 4 jours, la cavité fut lavée et la gaze iodoformée de nouveau introduite. Plus tard la gaze ne fut plus changée qu'une fois par semaine sans faire d'injections; la suppuration diminua presque jusqu'à disparaître. Par malheur la malade dût partir à la fin de juin et réclama à cet effet la pose d'une canule à demeure, à travers laquelle elle pourrait elle-même faire des injections. Je dus donner mon assentiment, car l'introduction de la gaze iodoformée ne pouvait être effectuée que par un médecin, et je fis faire par Zsigmondy une canule en or qui était attachée aux dents avec des crochets. La seconde prémolaire qui, entre temps avait été extraite, présentait une nécrose des extrémités de la racine; les autres dents s'étaient consolidées. Je fis injecter à travers cette canule d'abord une solution d'acide phénique à 1/2 0/0, puis ensuite insuffler de l'iodoforme. Ce traitement amena la malade jusqu'au milieu du mois de décembre 1891; la suppuration reparut alors. A ce moment, je revis la malade qui était revenue à Vienne, je fis recommencer le traitement par le tamponnement de gaze iodoformée et l'améliorai tellement jusqu'à la fin de janvier 1892 que le tampon ne dût plus être changé que tous les huit jours; les injections devinrent inutiles, et le tampon n'offrit plus de traces de pus. Le 3 avril on enleva le tampon. L'ouverture se ferma presque entièrement pendant ce mois.

Digitized by Google

Observation XII. — M. Carl L..., de Furth, en Bavière, âgé de 50 ans, vint me trouver le 19 juin 1891. Depuis 5 ans, il est atteint d'un empyème de l'antre d'Highmore gauche qui a résisté à tous les traitements. Krieg le perfora à travers l'alvéole et le lava sans succès; Heinicke l'ouvrit par la fosse canine, gratta la cavité et tamponna avec de la gaze iodoformée il y a un an et demi. Alors, on pratiqua une grande ouverture partant du méat moyen, puis bientôt on fit des injections, on tamponna, puis on insuffla de l'iodoforme ou de l'aristol sans obtenir une guérison complète.

Je ne trouvai plus, de toute la cavité, qu'un passage épais comme le petit doigt qui conduisait de la fosse canine au nez, je le râclai énergiquement et le tamponnai au moyen de gaze iodoformée. Je ne peux parler du résultat final, le malade ayant quitté la ville le lendemain.

L'observation qui va suivre présente un grand intérêt en raison de la bilatéralité de l'affection de l'antre d'Highmore et par la raison que, même après la guérison de la suppuration, il subsista une grande lacune dans la fosse canine. Elle montre aussi le peu de valeur des injections et des insufflations d'iodoforme en comparaison de l'action du tamponnement sur la suppuration.

Observation XIII. — M. O..., docteur en médecine, âgé de 26 ans, eut, en 1883, une tuméfaction de la joue gauche de la grosseur d'une noix, qui dura trois mois; elle fut alors incisée et rendit du pus. Le processus, ainsi que l'antre d'Highmore, qui avait été ouvert en même temps, guérit par l'emploi de la gaze iodoformée en l'espace d'un mois, sans qu'il subsistât de gonflement.

Le bruit de parchemin, très affaibli mais perceptible, que présentait la paroi de l'antre, cessa et la paroi redevint normale, résistante; aucune dent ne tomba, il n'existait pas de douleur et peu d'écoulement nasal.

En octobre 1890, le malade vint me trouver et me fit le récit suivant : Depuis un an et demi il existait un gonflement de la joue droite, qui, peu à peu, atteignit le développement d'une noix. Le professeur Salzer junior (aujourd'hui à Utrecht) incisa, en août 1889, cette tuméfaction située au-dessus des racines dentaires; il introduisit un drain dans l'ouverture de l'antre d'Highmore et fit faire des lavages soigneux sans obtenir la cessation

Digitized by Google

de la suppuration. Plus tard, après que l'ouverture se fut rétrécie, deux médecins l'agrandirent pour la dernière fois, en février 1890, et de la glycérine iodoformée fut injectée deux fois par semaine. Au bout de quatre semaines, la sonde révéla une nécrose de la pointe de la racine de la première prémolaire droite qui fut arrachée, à la suite de cette extraction le pus fétide s'écoula par l'alvéole. Les lavages n'amenèrent aucune cessation de la suppuration; le bruit de parchemin distinct qu'offrait la tuméfaction de la mâchoire supérieure parut et disparut, et, le 15 octobre, elle avait la grosseur d'un œuf de pigeon.

Je conseillai une large ouverture de l'antre d'Highmore, le râclage et le tamponnement et je pratiquai cette opération le 18 octobre, après anesthésie par la cocaïne. Je sectionnai à travers un creux ménagé dans l'alvéole de la première prémolaire la paroi externe de celle-ci, et la paroi externe à l'antre par une incision qui partait de l'ancienne ouverture et allait aussi loin en arrière que la paroi était amincie. Ensuite le tissu environnant, aussi loin qu'il consistait en os amincis fut enlevé avec l'ostéotome, jusqu'à ce que je pusse pénétrer avec le doigt dans la cavité. Le doigt investigateur rencontra l'extrémité âpre d'une racine de la seconde molaire, et dans le maxillaire des masses relâchées et décomposées. La cavité entière et en particulier la région de la tubérosité fut grattée au moyen de la cuiller tranchante; à la suite de cette opération on enleva des masses molles et fétides; l'extrémité âpre de la racine fut également aplanie. Lors des lavages consécutifs, de même qu'avant l'opération, pas une goutte ne pénétra dans la cavité nasale. Un tamponnement abondant avec de la gaze iodoformée à 50 0/0 termina l'opération. Le tamponnement fut d'abord effectué tous les quatre ou cinq jours, ensuite il ne le fut plus que toutes les trois ou quatre semaines jusqu'à ce qu'enfin, en août 1891, il fut complètement supprimé. Je vis pour la dernière fois mon malade le 9 décembre 1891. La sécrétion était tarie, les parois de l'antre étaient fermes, mais il subsistait encore, sur la première molaire, à la paroi externe, une ouverture de l'épaisseur d'un doigt.

S'il n'existait pas de brèche dans la paroi de l'antre d'Highmore, je l'ouvrais ou par l'alvéole, ou par la fosse canine.

Je pénétrai par la fosse canine, lorsque le malade ne voulut pas sacrifier de dent, ou bien qu'une très grande ou-

Digitized by Google

verture aurait été nécessaire, où lorsque les tentatives pour pérforer l'apophyse alvéolaire échouaient. J'éclaircirai ces trois éventualités par trois exemples, mais, tout d'abord, je décrirai le mode opératoire.

Après une injection sous muqueuse d'un gramme environ d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 0/0, on relève fortement la lèvre supérieure et on fait une incision horizontale au-dessus de l'apophyse alvéolaire, depuis la première prémolaire jusqu'à la seconde molaire à travers la muqueuse, le tissu sous-muqueux et le périoste jusque sur les os ; ensuite, avec le trépan perforateur, on fait des trous dans trois ou quatre endroits et à la distance d'un demi-centimètre l'un de l'autre. Les trous faits par le perforateur seront agrandis et la paroi osseuse qui remplit l'intervalle sera enlevée avec le ciseau ou l'ostéotome, jusqu'à ce qu'il se produise une lacune de taille à laisser pénétrer le petit doigt ou qu'au moins une petite cuiller pointue puisse être introduite. Au moyen du doigt ou de la cuiller, on explore l'intérieur de l'antre, on râcle les granulations et on injecte enfin une solution d'acide phénique à 1/2 0/0 ; on tamponne ensuite avec de la gaze iodoformée à 50 0/0, et on introduit également dans la plaie de la muqueuse une bande de cette étoffe. Habituellement, malgré une soigneuse antisepsie, on voit, les jours qui suivent l'opération, la joue enfler assez fortement. Le troisième jour, je change d'ordinaire pour la première fois la gaze iodoformée, ce qui nécessite encore le maintien des bords de la plaie au moyen d'instruments pointus. Plus tard cette précaution est inutile.

Cette manipulation est naturellement plus fatigante et plus douloureuse que la perforation alvéolaire ; aussi, je ne considère l'ouverture par la fosse canine que comme l'exception dans les cas cités ci-dessus, d'autant plus que dans un cas, je n'ai pu, malgré le trépan perforateur et le ciseau, pénétrer dans l'antre d'Highmore. Ce cas est le suivant :

Observation XIV. — Mme G..., âgée de 32 ans, eut l'influenza en février 1890, et depuis elle est atteinte d'un écoulement aqueux, verdâtre et fétide de la narine droite, qui, en automne a pris un caractère plus purulent. Au cours de l'influenza elle

Digitized by Google

a ressenti de violentes douleurs dans la région frontale droite et dans l'orbite et une périostite suppurée qui provenait des restes de la deuxième molaire droite supérieure. Elle vint me consulter, le 7 novembre 1890, pour se guérir de son mal, je trouvai le cornet droit moyen épaissi, et entre ce dernier et la paroi nasale externe du pus qui, malgré qu'il eût été soigneusement enlevé se renouvela. De plus, sur ma demande, la malade me raconta que lorsqu'elle inclinait la tête à gauche il se produisait un écoulement aqueux mêlé de pus de la narine droite, et que le toucher et le goût étaient un peu amoindris. A la mâchoire supérieure droite, il n'existait presque aucun reste de la deuxième molaire, la première et la seconde molaires étaient fortement cariées et présentaient de grands défauts dans la couronne. Malgré l'emploi d'un gros trocart, la ponction exploratrice de Schmidt échoua, ainsi que le lavage à travers la canule de Hartmann, de sorte que le diagnostic d'empyème de l'antre d'Highmore étant certain, je conseillai la perforation.

J'arrachai, le 18 novembre, les restes de la seconde prémolaire et de la première molaire, et trouvai les racines tellement atrophiées que les alvéoles étaient très courtes. Malgré l'emploi énergique du trépan perforateur, je ne pus pénétrer dans l'antre, et je tentai de pénétrer après anesthésie par la cocaïne par la fosse canine. Bien que je fusse aidé par un confrère, je ne pus après avoir dégagé la paroi osseuse, la perforer soit avec le trépan, soit avec le ciseau, tant elle était épaisse, et je dus finalement renoncer à l'opération.

Au bout de dix jours, les deux plaies étaient cicatrisées, mais la suppuration subsistait toujours. Je conseillai à la malade de se faire endormir, mais elle n'y consentit pas. Je ne peux continuer la relation de ce cas, n'ayant plus revu la malade.

Dans l'observation ci-dessus l'opération échoua à cause de l'épaisseur de la paroi de l'antre d'Highmore, tandis que d'ordinaire dans les cas d'empyème de l'antre d'Highmore la paroi osseuse est très mince et sa perforation aisée. Comme raison de ce que les larges antres d'Highmore sont souvent atteints d'empyème, je citerai la circonstance que dans ce cas les extrémités des racines dentaires pénètrent plus avant dans l'antre ; ainsi la dilatation de l'antre d'Highmore, qui, d'après Zuckerkandl (1), repose le plus souvent

(1) *Normale und patholog. Anatomie der Nasenhoehle*, etc. (Braumuller Wien, 1882, page 105.)

Digitized by Google

sur le grand développement du sinus alvéolaire, serait une présomption plus certaine pour l'origine dentaire de l'empyème. Dans un cas j'ouvris par la fosse canine à cause des néoplasmes soupçonnés.

Observation XV. — Mme Sch..., âgée de 40 ans, m'est adressée le 11 février 1891 par le professeur Fuchs. Elle était atteinte depuis plusieurs mois d'une légère exophtalmie droite, d'une tuméfaction assez fréquente de la joue droite et de douleurs de cette dernière, qui parfois éclataient spontanément, mais qui pouvaient aussi être produites par une pression exercée sur le nerf sous-orbitaire. Le gonflement de la joue droite était souvent accompagné d'une tumefaction œdémateuse de la paupière inférieure droite et de la partie molle au-dessus de l'os droit du nez, qui d'ordinaire pendant quelques jours paraissait et disparaissait tour à tour. Les dents de la mâchoire supérieure droite avaient dû peu à peu être enlevées toutes en raison de la tuméfaction et de la douleur de la joue. Il n'existait absolument aucun écoulement du nez. L'examen de la narine droite révéla la présence d'un polype muqueux flottant, de la grosseur d'une noisette, gris et transparent, qui, partant de la région de l'hiatus seminulaire droit atteignait presque le plancher de la cavité nasale, en regardant en arrière on ne pouvait voir le polype. On donna à la malade le conseil de faire enlever le polype, mais elle ne s'y décida que le 11 mars. L'extraction s'accomplit facilement au moyen de l'anse froide avec une effusion de sang modérée, mais elle fut suivie d'un violent gonflement de la joue et d'un œdème de la paupière inférieure droite, qui cessèrent au bout de huit jours. Toutefois les douleurs et l'exophtalmie persistèrent après la disparition des manifestations réactionnelles, de sorte que je ne pus les envisager comme des reflexes d'origine nasale, mais que je dus attribuer leur origine à une affection de l'antre d'Highmore, comme le professeur Fuchs l'avait déjà fait. Le 27 avril, je pratiquai une ponction exploratrice de Schmidt à travers le méat inférieur, mais je ne recueillis qu'une petite quantité de sang dans la seringue de Pravaz. Le 21 mai, le polype qui avait récidivé fut de nouveau enlevé, sans que pour cela la situation se modifiât. Les douleurs et les gonflements se raréfièrent, mais vers la mi-septembre ils reparurent plus fréquemment, de façon qu'à la fin du mois la malade donna enfin son assentiment à l'ouverture de l'antre d'Highmore, qui, selon les professeurs Meynert et Krafft-Eybing, recélait une maladie.

Digitized by Google

Dans l'espoir de trouver une tumeur, j'ouvris, le 29 septembre, la cavité par la fosse canine, la partie molle fut anesthésiée au moyen d'injections sous-muqueuses d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0, et ensuite une incision horizontale la sépara du périoste.

Après le refoulement du périoste la paroi osseuse fut perforée au moyen du trépan en trois points très rapprochés l'un de l'autre; les trous produits par le perforateur furent réunis par le ciseau et la pince à enlever les esquilles, de sorte qu'à la fin il se forma une ouverture ronde d'environ 2 centimètres. Il ne s'écoula pas de pus, et malgré un sondage minutieux on ne trouva aucune tumeur. Une cuiller tranchante à long manche ne rencontra dans la partie supérieure qu'un tissu mou qui fut aussitôt raclé. Le liquide injecté (solution d'acide phénique à 1/2 0/0) s'écoula facilement par le nez. Enfin la cavité fut tamponnée avec de la gaze iodoformée à 50 0/0. Ces résultats devaient faire chercher ailleurs la cause des douleurs et de l'exophtalmie.

Les douleurs augmentèrent bientôt tellement qu'on dut avoir recours à la morphine et à d'autres narcotiques. Le tamponnement de l'antre d'Highmore fut poursuivi pendant quinze jours et amena l'occlusion rapide de l'ouverture de la perforation. une tentative avec de l'iodure de potassium dut être abandonnée sur le refus de la malade; les douleurs revinrent plus violentes et ne se limitèrent plus au nerf sous-orbitaire, mais se propagèrent au nerf sus-orbitaire et bientôt à l'occiput.

Le 15 octobre, les professeurs Albert et Benedict diagnostiquèrent une névralgie et conseillèrent la résection des nerfs, cette opération fut refusée.

Il se développa chez la malade de la tristesse et des hallucinations; le Dr Lœwenfeld prit la direction du traitement, il administra deux grammes d'iodure de potassium par jour, et par ce moyen il réussit à ce qu'à la fin d'octobre les douleurs, la tristesse et les hallucinations disparurent, et que la malade se trouva bien et complètement dans son bon sens; elle n'avait plus de fièvre et se nourrissait suffisamment. Cette amélioration ne fut pas de longue durée · dès le 3 novembre, la fièvre reparut et amena la tuméfaction de la glande sous-maxillaire; le 5 novembre se manifesta une parotidite, un état comateux, et le 6 novembre la malade mourut.

L'autopsie ayant été refusée, il faut supposer qu'il s'agissait d'un abcès qui comprimait consécutivement la première et la

Digitized by Google

seconde fibre du trijumeau et cintrait légèrement le bulbe en dehors, sans endommager le nerf optique, la faculté visuelle n'ayant pas souffert. Le même abcès doit avoir atteint en partie le cerveau et enfin produit des métastases dans la glande sous-maxillaire et la parotide. Toutefois cette observation prouve qu'il y avait beaucoup de preuves à l'appui du diagnostic d'affection de l'antre d'Highmore et que pourtant ce diagnostic était faux. C'est la trépanation de la cavité qui en premier lieu donna un éclaircissement certain.

Dans les deux observations suivantes, les malades refusèrent de sacrifier aucune dent.

Observation XVI. — Mr H. Sch..., âgé de 26 ans, vient me consulter le 13 février 1892, pour un écoulement purulent de la narine gauche. L'écoulement dure depuis 12 ans, particulièrement fort le matin et très fétide. Le malade avait conservé ses dents intactes jusqu'à 6 ans auparavant, époque où il perdit la première molaire supérieure gauche à la suite d'une périostite de la racine; on voit dans la narine gauche du pus dans la région de l'hiatus semi-lunaire. Tout en ne ressentant aucune douleur, le malade, qui était vigoureux, se sentait toujours fatigué. Je perçai au moyen d'un trocart explorateur ordinaire, la paroi nasale externe au-dessous du cornet inférieur, et il s'écoula par l'ouverture naturelle une grande quantité de pus fétide d'un gris jaune.

Le lendemain j'ouvris l'antre d'Highmore par la fosse canine; le malade ne voulant sacrifier aucune dent, je pratiquai une ouverture de 5 millimètres; je fis une injection et tamponnai avec de la gaze iodoformée à 50 0/0. Deux jours après apparut une tuméfaction de la joue. Le troisième jour je fis une nouvelle injection après avoir enlevé le tampon, et six jours après l'opération, je renvoyai le malade en recommandant à son médecin de retirer le tampon une fois par semaine. Le 30 mars il revint me trouver. L'empyème était presque guéri.

Observation XVII. — Mr A. A..., âgé de 35 ans, de Salonique, m'est adressé le 26 octobre 1891, par le Dr Eskenazi, pour un écoulement purulent profus de la narine gauche. Le Dr Eskenazi et le Dr Photiades ont trouvé des polypes du cornet gauche moyen et un petit os à nu situé au même endroit, et en dehors de cela ils pré-umèrent une suppuration de l'antre d'Highmore ou des cellules ethmoïdales. Je trouvai du pus dans la région de l'hiatus semi-lunaire et tentai, mais sans

Digitized by Google

succès, de pénétrer par l'ouverture naturelle et par le méat inférieur. J'ouvris alors l'antre d'Highmore gauche par la fosse canine et y trouvai immédiatement du pus que je fis disparaître par un lavage abondant. Je tamponnai ensuite avec de la gaze iodoformée, et les jours suivants j'observai un fort gonflement de la joue, qui cessa peu après. Le 4 novembre, je changeai pour la seconde fois la gaze iodoformée et laissai partir le malade le 9 novembre, en lui recommandant de changer la gaze tous les quatre ou cinq jours. Je ne pus enlever le petit os situé à nu sur le cornet moyen. D'après les lettres que j'ai reçues jusqu'à la fin de janvier 1892, la sécrétion de la cavité est complètement tarie, mais celle du nez persiste. Le malade se plaint aussi de la douleur que lui cause le renouvellement du tampon.

Vers la mi-février 1892, j'appris par son beau-frère que la sécrétion de la narine gauche avait presque entièrement cessé, mais que depuis quelques semaines il s'en était établi une à droite, de sorte que nous sommes ici en présence d'une affection bilatérale de l'antre d'Highmore.

Les cas suivants ont tous été traités par le tamponnement pratiqué par une lacune de l'alvéole; cette lacune fut produite par l'extraction de la dent; soit qu'une extrémité de la racine eût pénétré dans l'antre d'Highmore, soit qu'elle eût été produite d'abord par un perforateur, mais toujours amenée à un diamètre de 4 à 6 millimètres.

Observation XVIII. — M. G..., âgé de 60 ans, souffre d'une suppuration de l'antre d'Highmore droit, qui a été ouverte il y a 4 mois par un confrère après l'extraction de la deuxième molaire. Ce médecin fit faire quotidiennement par l'ouverture d'un diamètre de 4 millimètres, des injections en partie avec des solutions d'hypermanganate de potasse, en partie avec de l'acide acétique, mêlé à l'alun, en partie avec de l'acide phénique, que le malade pratiquait lui-même à l'aide d'un cathéter et d'un ballon injecteur. La suppuration, malgré cela, ne diminua pas pendant ces 4 mois, et au contraire elle était chaque jour si abondante et si fétide que le malade maigrissait et était épuisé.

J'entrepris, le 4 janvier 1892, le tamponnement avec la gaze iodoformée, et après avoir changé deux fois le tampon, je constatai la disparition de l'odorat, et le 24 janvier la cessation complète de la suppuration après que la gaze eut été laissée huit jours en place. Afin d'amender l'odeur désagréable de l'iodoforme, je mis, le 5 février, de la gaze iodolée à 10 0/0, mais

Digitized by Google

quand je la retirai, le 12 février, elle était putréfiée bien qu'un lavage explorateur n'eût pas amené d'issue de pus. Je remis alors de nouveau de la gaze iodoformée. La nutrition du malade s'était pendant ce temps étonnamment améliorée, apparemment à cause de la réduction de la sécrétion purulente. Jusqu'au 16 mars, le tampon fut chargé toutes les semaines, sans le moindre écoulement purulent, ce qui fit regarder l'empyème comme guéri; toutefois le malade, dans la crainte d'une récidive, ne veut pas encore renoncer au tamponnement. Le 28 mars on enleva définitivement le tampon. L'ouverture se ferma presque entièrement en 3 semaines.

Observation XIX. — Henri H..., âgé de 25 ans, se présenta à ma consultation le 1er février 1892, en se plaignant d'un écoulement purulent fétide de la narine gauche, qui était survenu huit jours après l'extraction de la première molaire. Il y avait du pus dans la région de l'hiatus semi-lunaire, et une ponction exploratrice à travers le méat inférieur donna issue, après une injection, à une grande quantité de pus fétide. Le lendemain, l'antre d'Highmore fut ouvert au moyen du trépan perforateur à travers la lacune de la dent encore persistante; il fut de nouveau lavé avec une solution d'acide phénique à 1/2 0/0, et tamponné avec de la gaze iodoformée à 50 0/0. Le tampon fut renouvelé sept fois jusqu'au 11 mars, ce qui amena chaque fois une légère hémorragie. Toutefois deux injections exploratrices démontrèrent la cessation de la suppuration.

Observation XX. — Anna Cz..., âgée de 33 ans, depuis longtemps ne respire plus par le nez. Le 1er mars 1892, elle présentait une hypertrophie polypoïde bilatérale du cornet moyen, qui fut enlevée au moyen de l'anse froide. Le 5 mars, je remarquai une collection purulente dans la région de l'hiatus semi-lunaire gauche, et après avoir ponctionné à travers le méat inférieur, je pratiquai le lavage explorateur de l'antre d'Highmore gauche, ce qui amena un écoulement profus de pus fétide. Le 7 mars, j'enlevai la seconde prémolaire, qui était déjà si fortement cariée, qu'une grande partie de la couronne faisait défaut. Je perforai à travers l'alvéole au moyen du trépan perforateur, je fis une ouverture large de 5 millimètres, je lavai et je tamponnai avec la gaze iodoformée. Le tampon fut changé deux fois jusqu'au 18 mars; la malade se plaignait de maux de tête à gauche et d'insomnie; toutefois la suppuration de l'antre d'Highmore avait presque complètement cessé, ainsi que le démontra le lavage explorateur.

Digitized by Google

Observation XXI. — H. W..., âgé de 40 ans, se plaignait, le 8 mars 1892, de kakosmie subjective et de suppuration de la narine gauche, en même temps que de douleurs dans la région de la joue gauche. Tous ces symptômes se sont manifestés bientôt après l'extraction de la première molaire, qui a été effectuée il y a six semaines et qui a été suivie de l'ouverture de l'antre d'Highmore. Je trouvai une lacune profonde de 4 millimètres environ qui conduisait dans l'antre d'Highmore, et je fis une injection à la suite de laquelle il s'écoula beaucoup de pus, puis je tamponnai avec de la gaze iodoformée. Le 16 mars, dès le second changement de tampon, il ne sortit plus de pus à la suite du lavage explorateur.

Dans tous les cas, le tamponnement avec de la gaze iodoformée à 50 0/0 opposa une grande résistance à la suppuration, de plus il cause peu d'ennui au malade, n'ayant besoin d'être renouvelé que tous les huit jours, et rendant inutile dans l'intervalle l'emploi des injections.

L'occlusion de la lacune ne se produisit pas, il est vrai, dans une partie de mes observations, mais la raison doit en être attribuée soit au traitement non encore déterminé soit au mauvais vouloir des malades, qui craignaient une récidive de la suppuration la plus importune.

Je crois, d'après cela, qu'à l'avenir il faudra employer, le tamponnement à la gaze iodoformée recommandé par Schech comme la méthode de choix pour le traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore car il réclame peu d'attention de la part du malade et du médecin, et il tarit rapidement la suppuration.

En me basant sur mes 21 observations nouvelles et sur mes 7 anciens cas, je conclurai de la façon suivante au point de vue de la thérapeutique de l'antre d'Highmore :

1° Dans des cas très rares d'empyème causé par une périostite de la racine, le malade peut être guéri par l'extraction de la racine (1).

2° De fréquentes irrigations nasales peuvent amener une amélioration notable (4 cas).

3° Les injections de l'antre, bien que pratiquées régulièrement et assidûment, n'amènent souvent aucune guérison,

(1) *Wiener Klin. Wochenschr.*, n°s 48 et 49 obs. 7, 1889.

Digitized by Google

quoique d'habitude elles améliorent. Dans l'observation XVIII, on constata au contraire l'augmentation de la suppuration.

4° C'est seulement dans les cas de suppurations récentes, survenues à la suite de périostite de la racine, qu'un petit nombre d'injections amènent ordinairement la guérison.

5° Les injections pratiquées avec succès à travers l'ouverture nasale du sinus maxillaire, de façon que le pus s'écoule vraiment avec le liquide injecté, ne m'ont réussi que dans le dixième cas.

6° Les injections systématiques ne se font facilement et commodément que par l'opération alvéolaire; leur pratique par le méat inférieur donne beaucoup de mal et est très difficile à exécuter par les malades eux-mêmes.

7° L'insufflation d'iodoforme pulvérisé ne donne pas de résultat certain.

8° Pendant toutes ces manœuvres thérapeutiques, l'antre doit être fermé du côté de la bouche.

9° Les résultats les plus sûrs sont obtenus par le tamponnement avec la gaze iodoformée, parce qu'il tarit très rapidement la suppuration, qu'il n'a besoin d'être pratiqué qu'une fois par semaine, qu'il peut être employé aisément par tous les médecins, et qu'il obstrue sûrement l'antre du côté de la bouche.

10° Pour effectuer le tamponnement, on pratique d'ordinaire une ouverture large de 4 à 6 millimètres dans une alvéole. On n'ouvre par la fosse canine que par des percées déja faites, ou sur le refus du malade de sacrifier une dent, ou quand on veut entreprendre un raclage important de la cavité. Toutefois le tamponnement par la fosse canine est toujours fatigant et douloureux.

Digitized by Google

II

DES AFFECTIONS DU NEZ ET DE SES ANNEXES DANS L'INFLUENZA.

Par le Dr PAUL TISSIER

I

Durant les années 1890 et 1891 nous avons été frappé de la fréquence relative de l'empyème des sinus, et des sinus maxillaires en particulier, fréquence qui, après avoir présenté son maximum pendant les six premiers mois de l'année 1890, a été progressivement en décroissant, pour remonter depuis les premiers mois de 1892.

L'interrogatoire de nos malades nous a permis de rattacher dans un certain nombre de cas la lésion suppurative du sinus à une rhinite contemporaine de la grippe (épidémie de 1889-90 ou de 1891-92).

Nous avons été ainsi amené à étudier de plus près cette intéressante question des manifestations nasales de l'influenza, et la dernière épidémie que nous venons de traverser, bien qu'elle n'ait pas présenté l'intensité et surtout l'extension de la précédente, nous a cependant fourni l'occasion de réunir un certain nombre d'observations qui nous ont aidé dans la rédaction de ce travail.

II

Bien que les manifestations nasales de l'influenza soient fréquentes, nous dirions presque habituelles, sans doute en raison même de cette fréquence et certainement aussi à cause de leur peu de gravité en général, elles n'ont suscité qu'un petit nombre de travaux. Nos recherches bibliographiques ne nous ont fait découvrir aucune étude d'ensemble,

Digitized by Google

alors que les mémoires consacrés aux complications auriculaires, par exemple, ont été fort nombreux.

Nous nous bornerons à signaler une courte communication d'*Ewald* sur un cas de méningite consécutive à l'inflammation aiguë, suppurative, des cellules ethmoïdales, une statistique d'*Herzog* sur la fréquence relative des lésions du nez, un travail un peu plus complet de M. *Nimier*, qui se borne d'ailleurs à rapporter quelques cas assez particuliers et enfin des données anatomo-pathologiques et bactériologiques d'un grand intérêt puisées dans un important travail de *Weichselbaum* consacré à la bactériologie de l'influenza (1).

III

La grippe débute souvent par du *coryza ;* c'est là un des préludes les plus habituels. Dans certaines épidémies : dans celle de 1676, dont *Sydenham* nous a laissé une description remarquable; dans celle de 1762, dont *Razoux*, de Nîmes, nous a ainsi relaté les manifestations nasales : écoulement d'un liquide d'abord très limpide et très abondant, devenant chaque jour plus consistant et prenant une couleur verdâtre, puis jaune et enfin blanche opaque; dans celle de 1835 décrite par *Graves*, etc., ce mode de début fut peut-être plus fréquent que dans l'épidémie de 1889-90. Dans la petite épidémie de 1891-92, l'inflammation des voies aériennes supérieures, de la muqueuse nasale en particulier, nous a paru plus commune.

Il est de règle aussi que l'inflammation se propage par les canaux lacrymaux jusqu'à la conjonctive ; les yeux sont alors rouges, larmoyants et la photophie est assez habituelle. Elle déborde aussi par l'orifice postérieur des fosses nasales et provoque alors de la pharyngite catarrhale.

Il nous paraît exagéré de rapporter, avec *C. Rosenthal*, à une propagation de la lésion nasale l'amygdalite et même la

(1) Nous n'avons pu nous procurer le grand travail consacré à l'épidémie de grippe de 1889-1890, que vient de publier la Société de médecine interne de Berlin.

Digitized by Google

stomatite qu'on observe parfois simultanément. Il nous semble plus conforme à la réalité des faits d'admettre qu'il s'agit là de manifestations concomitantes, convergeant toutes les deux vers le pharynx, où elles se continuent volontiers, et c'est à cette situation particulière du rétropharynx, au confluent de deux muqueuses enflammées, qu'il faut, à notre avis, rapporter la fréquence de ses lésions et aussi, par suite, celle des suppurations de la caisse qui n'en sont le plus souvent qu'une conséquence.

Mais nous croyons que le rôle de la rhinite dans la genèse des otites suppurées, si communes dans la grippe, doit être considéré comme plus important en réalité que celui des inflammations de la gorge, et des amygdales en particulier.

Nous avons pu suivre en effet plusieurs cas où la complication otitique catarrhale s'est développée en dehors de toute lésion appréciable de la gorge.

M. Fr..., 7 ans ; légère atteinte de grippe, coryza assez intense ; le 4e jour de la maladie, douleurs spontanées dans l'oreille gauche.

La pression, au niveau du tragus et la traction du pavillon de l'oreille, réveille des douleurs ; bourdonnements assez pénibles.

Il est à remarquer que le jeune malade présentait antérieurement une légère sténose de la fosse nasale gauche.

A l'examen, sécrétion nasale muco-purulente moyennement abondante ; tuméfaction et rougeur vive des cornets. Amygdales et pharynx inférieurs absolument indemnes. Léger mouvement fébrile.

A l'examen de l'oreille, rougeur diffuse du tympan, plus marquée à la partie postérieure. Instillation de quelques gouttes de glycérine phéniquée au 1/10.

La douleur se calme rapidement et les phénomènes subjectifs (douleurs, bourdonnements) disparaissent en quelques jours.

Tous les auteurs ont décrit le coryza aigu du début de l'influenza : Il fait partie du tableau symptomatique de la période d'invasion de la maladie, et il en constitue même un des traits les plus typiques.

Les deux fosses nasales sont ordinairement prises, bien

Digitized by Google

qu'en règle générale non simultanément ; au début, ce sont de légers picotements, une sensation de gêne, avec ou sans éternuements, de l'enchifrènement, de la perte de l'odorat, symptômes auxquels ne tarde pas à s'ajouter une sécrétion en général *abondante*, d'abord fluide, aqueuse qui, les jours suivants, devient plus consistante, opaque, blanchâtre, muco-purulente.

Elle peut aussi prendre une teinte verdâtre (*Jaccoud*), comme dans le coryza aigu vulgaire; mais son caractère le plus constant, c'est sa tendance à présenter une coloration *blanc-opaque*.

La sécrétion nasale, par son abondance, par ses propriétés irritantes, enflamme les narines et la lèvre supérieure; cette inflammation, qui peut même s'accompagner d'érosions superficielles assez douloureuses, siégeant de préférence au niveau des angles externe et interne de la narine, se traduit par un léger gonflement et une teinte érythémateuse rouge vif du pourtour des narines.

Dans l'épidémie de 1762, la rougeur, le gonflement et la douleur étaient si marqués, que *Fuster* a pu comparer ces lésions à celles de l'érysipèle.

La rhinite de l'influenza s'accompagne souvent de phénomènes douloureux : céphalalgie pénible, continue, frontale, etc., témoignant de la participation des sinus à l'inflammation nasale. Mais dans nombre de cas, il semble s'agir de phénomènes surtout congestifs et d'obstruction de l'orifice nasal des sinus par la muqueuse congestionnée. — Nous reviendrons dans un instant sur les complications survenant du côté des sinus.

La rhinite grippale habituelle a, en général, une évolution rapide : l'écoulement muco-purulent se tarit en quelques jours et les conséquences de la sténose nasale disparaissent en même temps.

Si l'on examine les fosses nasales pendant la période d'acmé du coryza aigu grippal, on ne trouve que les lésions banales de la rhinite aiguë vulgaire : La muqueuse, nette au début, se recouvre bientôt d'une sécrétion abondante muqueuse ou muco-purulente; elle est tuméfiée, en quelque

Digitized by Google

sorte boursoufflée, souvent mamelonnée au niveau des cornets inférieurs. Elle présente une coloration rouge-vif uniforme et, au stylet, une consistance plus molle qu'à l'état normal. Deux fois nous y avons noté de petites ecchymoses.

Il est assez difficile de fixer d'une façon très rigoureuse la fréquence relative de cette manifestation. Elle est variable, avons-nous dit, suivant les épidémies, et elle est souvent assez légère et assez transitoire pour ne pas éveiller spécialement l'attention du malade ou du médecin.

Herzog a observé 150 fois le coryza séreux aigu, tandis qu'il n'a vu que 8 fois le catarrhe purulent.

IV

Etudions maintenant les autres manifestations nasales de la grippe et, tout d'abord, l'*épistaxis*, dont la fréquence a notablement varié suivant les épidémies.

L'épistaxis est généralement précoce, c'est un symptôme de début ; dans certaines épidémies (Lunenberg, 1782), elle aurait même constitué à elle seule toute la symptomatologie de la maladie. Parfois unique et assez abondante, elle peut se renouveler plusieurs jours de suite : M. *Comby* a signalé des exemples d'épistaxis répétés chez les enfants, et M. *Antony* les a vues se reproduire pendant un mois chez un soldat.

Nous en avons noté plusieurs exemples pendant l'épidémie de 1889-90, et si nous ne possédons pas de chiffres exacts, nous pouvons cependant affirmer que les épistaxis ont été relativement assez rares, puisque nous n'avons guère trouvé plus de trois ou quatre cas d'épistaxis, assez abondantes, parmi les nombreux malades soignés à l'*Hôtel-Dieu* dans le service de M. le professeur *Proust*, dont nous avions alors l'honneur d'être interne. *Herzog*, au contraire, a souvent observé l'épistaxis (1).

Ce fut donc, en laissant de côté les cas où les sécrétions

(1) D'une façon générale les manifestations hémorrhagiques de l'influenza semblent avoir été beaucoup plus fréquentes en Allemagne que chez nous.

Digitized by Google

nasales étaient plus ou moins mêlées de sang, comme dans les épidémies du XVIe siècle (*Bœckel*), un symptôme très inconstant.

Il ne nous a pas semblé avoir d'influence notable sur l'évolution de la maladie, dont il atténue seulement parfois un symptôme pénible la céphalalgie, et, nous ne lui avons trouvé ni le caractère de crise favorable, comme dans les épidémies de 1411, de 1580, de 1727, de 1837, ni un pronostic fâcheux comme chez les malades de 1743, chez lesquels des épistaxis précédaient souvent ou accompagnaient le dénouement fatal (*Sauvages*).

IV

A côté de la rhinite aiguë simple, que nous venons de décrire et que l'on ne peut guère observer qu'à la condition d'examiner systématiquement tous les malades grippés dans la maladie desquels l'épisode nasal n'occupe qu'un plan accessoire et qui, par suite, ne réclament pour ainsi dire jamais de soins spéciaux, nous placerons une forme plus rare mais plus grave de rhinite grippale, *la rhinite purulente d'emblée*.

Elle se montre surtout dans les formes sévères, avec détérioration rapide de l'état général, mais peut aussi se voir chez des malades en apparence peu touchés. Les symptômes diffèrent peu de ceux du coryza aigu grippal habituel, mais la sécrétion est peu abondante, surtout au début et d'emblée purulente, ou plutôt pyo-sangiante. A ce moment la muqueuse nasale est fortement tuméfiée et d'une coloration rouge intense. Bientôt la sécrétion devient franchement purulente, abondante, peu consistante, d'odeur fade, et à l'examen rhinoscopique la muqueuse se montre entièrement tapissée de pus.

Il est rare que la lésion ne soit pas d'abord unilatérale. L'intensité et l'extension de l'irritation de l'orifice des narines et de la lèvre supérieure témoignent de la nature éminemment septique des produits de sécrétion.

Cette forme de rhinite peut guérir sans incidents, mais il faut bien savoir qu'elle est l'origine la plus fréquente des

Digitized by Google

complications du côté de l'oreille, des sinus et même des méninges.

C'est la modalité la plus virulente, la plus redoutable des rhinopathies grippales et si la rhinite habituelle simple peut aussi se compliquer, c'est dans une proportion de cas infiniment moindre.

Aussi trouverons-nous tout à l'heure à l'origine de la plupart des cas compliqués que nous rapporterons, la rhinite purulente d'emblée.

Nous n'en avons observé, à l'époque même de l'épidémie de 1889-1890 que deux cas, tous deux compliqués d'otite moyenne suppurative. L'un terminé simplement après paracentèse de la caisse, l'autre compliqué de mastoïdite qui se termina aussi par suppuration. M. *Cézilly* signale aussi des cas de ce genre.

Depuis lors nous en avons reconstitué plusieurs observations. Ajoutons qu'elle semble pouvoir aboutir à la *rhinite purulente chronique :*

Georges K..., employé de commerce, 41 ans, vient nous consulter en août 1890 pour un écoulement purulent du nez, remontant au mois de janvier de la même année, époque à laquelle il a eu une attaque de grippe. Depuis, l'écoulement a persisté très abondant, surtout du côté gauche. Le malade est obligé de faire une véritable provision de mouchoirs lorsqu'il a à sortir.

A l'examen, catarrhe chronique du nez avec tuméfaction diffuse de la muqueuse. Traitement : lavages au permanganate à 0,20/00. Au bout de 15 jours l'écoulement est devenu insignifiant et séreux. La guérison complète, définitive, s'est maintenue depuis lors.

Nous arrivons maintenant aux complications de la rhinite grippale. Nous avons déjà mentionné l'*otite moyenne suppurée*, nous n'y reviendrons pas.

En raison des connexions qui unissent la cavité nasale aux méninges, il est sans doute possible d'expliquer parfois par une propagation directe certaines *méningites* observées au cours de grippe, mais le plus souvent entre la méningite et l'affection nasale se place comme intermédiaire une inflammation des sinus sphénoïdaux ou frontaux, ou encore des cellules ethmoïdales.

Digitized by Google

V

Abordons maintenant l'étude des lésions des sinus.

Tous peuvent être pris : voici la proportion des faits que nous avons observés ; sinus frontal, 2 cas ; sinus maxillaire, 5 cas ; sinus sphénoïdal, 1 cas douteux.

La fréquence des lésions des sinus dans la grippe est beaucoup plus grande qu'on ne pourrait le supposer à priori. *Weichselbaum* y a constaté 9 fois sur 10 des altérations plus ou moins profondes et généralisées.

Les sinus maxillaires furent le plus souvent touchés, et après eux les sinus frontaux.

Tantôt la cavité fut trouvée remplie de pus liquide, ou au contraire épais (exsudat fibrino-purulent), tantôt au contraire d'une exsudation séro-fibrineuse plus ou moins abondante.

Tandis que dans ce dernier cas, la muqueuse des sinus présentait surtout des lésions d'œdème, pâle ou congestif, dans les faits de la première catégorie la muqueuse des sinus fut trouvée tuméfiée, fortement vascularisée et présentant de nombreuses ecchymoses et parfois tapissée par un exsudat visqueux très adhérent.

Les microbes rencontrés furent assez variables : cependant, *dans tous les cas, Weichselbaum* rencontra un microbe arrondi, très petit, prenant faiblement la fuchsine, qu'il identifie avec le *diplocoque de la pneumonie*, bien qu'il fasse remarquer avec soin quelques différences avec le microbe de *Talamon-Fränkel*, notamment au point de vue des cultures et surtout de la durée de la virulence.

A côté de ce coque, il trouva 4 fois le *streptocoque pyogène* et 6 fois le *staphylocoque doré*. *Prior* a retrouvé aussi ces micro-organismes, mais en nombre relativement restreint dans les cas d'infection polymicrobienne. Les diplocoques dominèrent de beaucoup. *Weichselbaum* reconnut aussi un certain nombre d'autres micro-organismes mal définis, ayant les uns les caractères des coques, les autres ceux des bacilles. Faut-il voir dans l'un de ces micro-organismes le germe pathogène de la grippe encore mal déterminé à l'heure actuelle,

Digitized by Google

malgré les recherches de *Pfühl*, de *Canon*, de MM. *Cornil* et *Chantemesse* etc., ou bien, au contraire, le diplocoque identifié, sous réserves, par *Weichselbaum* avec le diplococcus pneumoniæ, diplocoque qui fut constamment rencontré, ne représente-t il pas le microbe de l'influenza ? C'est une supposition qui est parfaitement permise, d'après les faits observés par *Pfühl*.

Quoi qu'il en soit, *Weichselbaum* considère la présence de ce diplocoque comme l'expression d'une infection secondaire, préparée par le germe inconnu de la grippe. Les recherches de *Besser*, de M. *Netter* nous ont d'ailleurs appris que le pneumocoque pouvait exister à l'état normal dans la cavité nasale.

Ces données bactériologiques tendraient à nous expliquer d'une façon, en réalité, fort satisfaisante, les modalités de la grippe nasale.

Les lésions des sinus, que nous sommes conduit à admettre comme très fréquentes, guériraient le plus souvent spontanément; on sait la bénignité relative des empyèmes pneumococciques. Lorsqu'au contraire à côté du pneumocoque il existe soit des staphylocoques, soit des streptocoques, la lésion deviendrait plus grave et plus tenace, et c'est à une association microbienne complexe qu'il faudrait rapporter les empyèmes des sinus survivant plus ou moins longtemps à la grippe.

Nous aurons à revenir bientôt sur ces considérations.

VI

Nous n'avons pas observé de lésions des cellules *ethmoïdales*; *Weichselbaum* les a rencontrées une fois. *Ewald* a publié un cas intéressant, que nous rapporterons brièvement, fait dans lequel il constata la présence de pus dans les cellules ethmoïdales et une méningite suppurée.

Il s'agissait d'un jeune médecin, qui, alors que la fièvre était déjà tombée, ressentit de vives douleurs dans la sphère de la deuxième branche du trijumeau; la fièvre reparut et le malade diagnostiqua lui-même un empyème de l'antre d'Highmore; on fit

Digitized by Google

l'ouverture du sinus maxillaire, et il en sortit en abondance du pus de mauvais aspect ; l'état général ne s'amenda pas et le malade ne tarda pas à perdre connaissance, et à succomber.

A l'autopsie, on trouva du *pus dans les cellules ethmoïdales*, un *dépôt purulent sur le cornet supérieur* et une *méningite basilaire, suppurée, circonscrite, suivant le trajet des vaisseaux*. Dans le pus on constata la présence du *staphylococcus pyogenes aureus*.

Les suppurations des cellules ethmoïdales semblent être souvent la cause de la méningite suppurée, et il est probable que le nombre des observations se multiplierait rapidement si l'on voulait bien s'enquérir avec soin, dans tous les cas d'origine douteuse, de l'état des cellules ethmoïdales.

L'origine nasale de certaines méningites établie par les faits de *M. Netter* et de *Huguenin*, s'explique par les rapports de contiguïté des fosses nasales et de la cavité crânienne, rapports d'autant plus immédiats dans certains cas, que la lame osseuse limitante peut manquer. Enfin, les processus infectieux suivent souvent aussi la gaine des nerfs et les vaisseaux. Ce sont là des points récemment bien mis en lumière par *Flatau*.

Pareille propagation vers les méninges peut se produire dans les suppurations des sinus frontaux et spénoïdal.

La première observation du mémoire de *Weichselbaum* se rapporte à un cas de méningite suppurée, avec abcès du lobe frontal droit du cerveau consécutif à un empyème du *sinus frontal* correspondant. Dans ce cas, il y eut, comme dans le suivant, que nous avons pu suivre, des complications du côté de l'orbite. C'est là, comme on sait, une éventualité assez commune (1).

M. X..., ecclésiastique, 35 ans, vient nous consulter à l'Hôtel-Dieu, en 1890 ; à la suite de la grippe, a persisté un écoulement purulent de la narine gauche, avec céphalalgie frontale gauche revenant par intervalles. Il y a quelques semaines, les douleurs sont devenues plus vives et continues, et à la partie interne de l'orbite gauche, s'est montrée une tuméfaction douloureuse, siège

(1) M. *Berger* rapporte même à la lésion du sinus frontal, les abcès profonds des paupières decrits par *Landolt*, *Lyder Bothen*, etc., à la suite de l'influenza.

Digitized by Google

d'élancements. L'incision donna issue à une petite quantité de pus mal lié. Il persiste actuellement une fistule suintant fort peu.

Ce dont le malade se plaint avec insistance, c'est d'une douleur qu'il localise d'une façon précisée à la région du sinus frontal gauche.

A l'examen rhinoscopique, rhinite subaiguë avec tuméfaction légère de la muqueuse. Dépôt purulent crémeux sur la paroi externe des fosses nasales, au-dessus et à la surface du cornet moyen et au niveau du l'infundibulum.

Des lavages méthodiques de la cavité nasale et de la fistule orbitaire assurèrent, assez lentement d'ailleurs, la guérison.

Le second malade le atteint d'empyème postgrippal du sinus frontal que nous avons observé, ne put être suivi. Il fut traité, d'après ce qu'on nous a dit, par la trépanation du sinus frontal. Nous n'insisterons pas.

Les lésions du *sinus sphénoïdal* sont autrement difficiles à reconnaître. Nous nous expliquons : il faut y penser, en effet, et quand on se trouve, ce qui est le cas, en pareille circonstance, en présence de lésions variées de la muqueuse nasale, ce n'est guère que par élimination que l'on peut être conduit à s'enquérir de l'état du sinus sphénoïdal. Et cela d'autant plus que nous croyons beaucoup trop complexe la symptomatologie attribuée par les auteurs à l'empyème du sinus sphénoïdal (*Weichselbaum*, *E. Berger*, *Schæffer*, *Kaplan*, etc). Nous pensons que dans la plupart des cas décrits, il s'agit de suppurations du sinus déjà compliquées, et nous serions porté à supposer (malheureusement nous n'avons pas assez de cas pour être plus affirmatif) que l'histoire pathologique du sinus sphénoïdal est sinon à refaire, du moins à reviser sérieusement. Nous comparerions volontiers l'état actuel de la question à celui de l'empyème de l'antre d'Highmore avant les mémorables travaux de *Ziem* et des auteurs contemporains. En d'autres termes, nous pensons qu'il faut admettre une forme *latente* de l'empyème des sinus sphénoïdaux.

Néanmoins, comme ce n'est pas avec les quelques observations que nous possédons, que l'on peut formuler une opinion précise, nous réserverons notre jugement jusqu'à plus ample informé.

Digitized by Google

Quoi qu'il en soit, voici brièvement résumée la seule observation où nous ayons cru pouvoir admettre l'existence d'un processus inflammatoire du sinus sphénoïdal se rattachant à la grippe.

M. Georges K., 38 ans, nous est adressé en février dernier par un confrère, pour une céphalalgie sourde intermittente, dont le début semblait nettement remonter à une atteinte toute récente de grippe.

La maladie avait débuté par un coryza vulgaire avec écoulement limpide, excessivement abondant. A ce moment, le malade nous raconte avoir eu une légère dureté de l'ouïe, point à retenir, car il nous indique l'atteinte précoce du pharynx nasal. Au cinquième jour de son coryza, douleur vive frontale et occipitale, malaise général, diminution très marquée du coryza.

Les douleurs, après avoir atteint un haut degré d'intensité, se sont un peu calmées depuis deux jours. A l'examen rhinoscopique antérieur, léger état congestif de la muqueuse. A la rhinoscopie postérieure, la voûte du pharynx et la paroi postérieure sont recouvertes de muco-pus assez liquide, blanc jaunâtre. Muco-pus sur l'extrémité postérieure du cornet moyen, et sur toute la partie supérieure des choanes, surtout à droite.

Nous prescrivons des lavages antiseptiques (solvéol, 5 gr., eau 1,000). Sous leur influence, la suppuration diminue notablement d'intensité. Douche d'air et lavages. La guérison se fit en moins de 15 jours.

Étions-nous en droit d'admettre une lésion des sinus sphénoïdaux? Nous avons trouvé quelques observations analogues, notamment un fait de *Jurasz*, dans lequel l'évolution fut presque identique. — Ainsi, malgré l'absence de raideur de la nuque, de rougeur érysipéloïde de la racine du nez, avec tuméfaction des paupières, etc., etc. Nous croyons, en raison de la netteté des constatations objectives, qu'on ne saurait contester notre diagnostic.

Ce n'est pas le lieu ici d'insister sur le rôle des infections sphénoïdales dans la genèse de la méningite (*Netter*) et de certaines lésions orbitaires (*Guillemain* et *Terson*); nous nous bornons à les signaler.

Mentionnons encore la possibilité de la propagation de l'inflammation du sinus sphénoïdal à la gaine du nerf optique (névrite optique rétro-bulbaire canaliculaire).

Digitized by Google

Bien autrement fréquentes sont les lésions des *sinus maxillaires*. Nous en avons observé 5 cas, dont 3 ont été suivis jusqu'à complète guérison.

Des deux premiers nous ne dirons rien, n'ayant pu les suivre, sinon que les malades se trouvèrent notablement soulagés par les lavages du nez, que nous leur avions tout d'abord prescrits.

Voici, succinctement rapportés, les trois autres cas :

a) M. Charles X..., photographe, vient nous consulter en juillet 1891; il a, depuis 1890, époque où il eut une atteinte assez grave de grippe, un écoulement abondant du côté droit. Soigné d'abord à l'hôpital Lariboisière, où on lui prescrivit des lavages boriqués, il refusa de s'y laisser pratiquer l'ouverture du sinus par la voie alvéolaire.

Nous essayons de reconstituer l'histoire du début de sa maladie : L'influenza, chez lui, a commencé par un mouvement fébrile intense, avec courbature, malaise général et douleurs céphalalgiques violentes. Dès les premiers jours, le malade nous affirme avoir mouché du muco-pus sanguinolent. Le sang disparut bientôt et l'écoulement, très abondant, persista depuis.

Ce qui gêne encore davantage notre malade, c'est une odeur fétide, qui ne rappelle en rien celle de l'ozène, mais qui est cependant fort désagréable.

A l'examen, état congestif et épaississement diffus, assez léger, de la muqueuse nasale à droite, hypertrophie du cornet inférieur, *hypertrophie en bourrelet*, c'est-à-dire occupant toute l'étendue du cornet dont la surface interne présente une série de sillons verticaux sensiblement parallèles. Muco-pus dans le méat moyen et sur le cornet inférieur. L'extrémité postérieure de ce cornet et la voûte du pharynx sont également couvertes de muco-pus.

Nous prescrivons au malade des lavages au permanganate de potasse à 0,40/00. Ces lavages, surtout au début, furent assez pénibles. La sécrétion resta presque aussi abondante, mais toute fétidité disparut; en outre, l'état hypertrophique de la muqueuse nasale rétrocéda.

Devant la persistance de l'écoulement, nous nous demandions si nous n'allions pas être forcé de recourir à l'ouverture du sinus. Les dents étaient en parfait état; il était, par suite, délicat de proposer une intervention par la voie alvéolaire.

Avant de rien décider, nous eûmes l'idée de cathétériser

Digitized by Google

l'orifice du sinus. Après large cocaïnisation, le cathétérisme fut pratiqué assez facilement. En imprimant alors à la sonde quelques mouvements dans différents sens, nous cherchâmes à agrandir l'orifice.

Le résultat ne se fit pas attendre ; le malade remarqua dès le soir même que l'écoulement se faisait plus abondant pendant la nuit, sans doute en raison du décubitus horizontal.

En même temps, l'écoulement diminua très notablement pendant la journée et, après une dizaine de séances successives et l'emploi alternatif de lavages boriqués et au permanganate, la guérison complète survint au bout d'environ deux mois de traitement.

b) Chez le second malade, vu à l'hôpital, en 1899, au mois de juillet, l'écoulement persistant, surtout abondant à droite, datait aussi d'une attaque de grippe sévère, qui l'avait tenu au lit pendant un mois et demi. Nous n'avons pu savoir la nature de l'écoulement nasal au début de la maladie. Le malade se rappelle seulement avoir éprouvé de violentes névralgies de la face à droite.

Pas d'altérations du côté des dents correspondantes.

Anosmie complète. Lésions de catarrhe nasal chronique assez intenses, que nous commençons par traiter.

Au bout d'un mois environ, le côté gauche peut être considéré comme guéri ; l'amélioration est très nette à droite ; cependant le malade mouche encore du muco-pus fétide.

Comme on constate, au rhinoscope, sur la face interne du cornet inférieur, une traînée de pus se continuant jusqu'au pharynx, nous pensons à la possibilité d'un empyème du sinus maxillaire.

Le cathétérisme est *assez difficile*, et ce n'est qu'à la seconde séance, et *en forçant*, que nous pénétrons dans le sinus ; malgré l'aspiration, nous ne retirons rien. Nous injectons alors une petite quantité d'eau boriquée tiède dans le sinus et nous retirons ensuite par aspiration un liquide trouble contenant de petites particules de pus fétide gênant beaucoup l'évacuation. — (Nous ne connaissions pas à cette époque la sonde à double courant de *Cozzolino*, qui nous paraît devoir être fort utile en pareil cas.)

Nous pratiquons alors deux fois par semaine une injection dans le sinus sous assez forte pression. Par suite des manœuvres répétées de cathétérisme, l'orifice du sinus s'est élargi et le liquide peut refluer entre la sonde et la paroi.

Digitized by Google

L'acide borique ne produisit qu'une amélioration passagère ; l'acide salicylique à 1/00 donna le meilleur résultat; mais c'est le permanganate de potasse qui modifia le plus rapidement la sécrétion, qui finit, au bout de quelques mois, par disparaître totalement.

L'injection, à la suite d'un lavage, d'un centimètre cube de glycérine iodoformée au 1/10, fut assez mal supportée. Nous n'avons pas renouvelé l'expérience; de sorte que nous ne sommes pas fixé sur l'action de ce procédé thérapeutique dans le cas actuel.

c) Notre troisième cas remonte à quelques semaines : il se rapporte à une jeune fille, soignée en décembre dernier par un de nos confrères, pour une atteinte de grippe avec manifestations pulmonaires assez sérieuses. Le catarrhe nasal fut d'emblée purulent.

Comme il persista malgré des lavages boriqués, un écoulement assez abondant à gauche, avec odeur fade plutôt que fétide et douleurs névralgiques intermittentes dans la région sous-orbitaire, notre confrère nous adresse sa malade en mars dernier.

A l'examen rhinoscopique, muco-pus peu adhérent sur le cornet inférieur et sur la cloison; après nettoyage, nous constatons l'existence, dans le méat moyen, d'un polype du volume d'un pois, de coloration rouge, saignant facilement.

L'aspect de ce polype nous fit admettre, de suite, qu'il s'agissait plutôt d'une néoformation inflammatoire secondaire à un empyème de l'antre d'Highmore, que d'un polype proprement dit (1).

Nous enlevons immédiatement cette masse polypiforme (constituée au microscope par du tissu de granulation), et nous prescrivons des lavages biquotidiens alternés de permanganate de potasse 0,10/00 et d'acide borique.

La guérison survint au bout de quinze jours de traitement sans autre intervention.

L'exactitude du diagnostic ne nous paraît pas douteuse; ajoutons que l'épreuve de Heryng, que nous ne croyons d'ailleurs nullement décisive, donna un défaut très net de transparence du côté malade.

(1). La coexistence des polypes et de l'empyème du sinus maxillaire est assez commune (Bayer, Knapp, Hartmann, Luc, Lichtwitz); avec Knapp, Rosenthal et Kauffmann, nous pensons que les polypes sont, dans bien des cas, une conséquences de l'empyème et non sa cause.

Digitized by Google

Ainsi, fait important, dans nos trois cas, la guérison fut obtenue sans qu'il fût besoin de recourir à l'ouverture du sinus maxillaire par la voie alvéolaire ou par la voie nasale.

Chez l'un de nos malades, des lavages du nez et l'ablation d'un polype; chez un second, le simple cathétérisme plusieurs fois renouvelé, de l'orifice au sinus maxillaire; chez le dernier, le cathétérisme suivi de lavages du sinus, (et une seule fois injection de glycérine iodoformée) suffirent pour amener la guérison définitive.

De ces faits découlent, à notre avis, des enseignements à retenir.

Le premier, c'est qu'il faut distinguer parmi les diverses suppurations de l'antre d'Highmore, comme on l'a déjà fait pour les suppurations de la plèvre en particulier, les suppurations tenaces et celles qui ne demandent qu'à guérir (1). Et pour poursuivre notre comparaison, ne pas appliquer à tous les cas indistinctement, l'ouverture alvéolaire ou nasale, pas plus qu'on n'est autorisé actuellement à pratiquer d'emblée la thoracotomie quand on constate la présence de pus dans la plèvre.

De même que certaines pleurésies suppurées, notamment à pneumocoques, et c'est une *éventualité assez fréquente dans la grippe* (2), peuvent guérir par la ponction évacuatrice simple, de même il peut suffire d'évacuer le pus, ou tout au moins de lui ouvrir une issue pour guérir certains em-

(1) Nous serions assez tenté de considérer comme un cas d'empyème du sinus maxillaire le fait suivant rapporté par M. Nimier, dans lequel la guérison se serait produite spontanément par issue en masse du pus continu dans la cavité maxillaire par un processus analogue à celui de la guérison de certaines pleurésies purulentes à la suite d'une vomique. « Un « de nos collègues, dit M. Nimier, *après avoir éprouvé pendant deux « jours une vive douleur sous-orbitaire* du côté droit, mouche du mucus « sanglant, puis, au bout de quarante-huit heures, la narine droite tour- « nit une *rhinorrhée purulente*. Le pus coule *avec une telle abondance*, « que l'on peut croire à un abcès du sinus. Brusquement, le troisième « ou le quatrième jour, le flux nasal disparaît à droite, mais la narine « gauche est prise. Ici, encore, mucus sanglant, puis abondante pyorrhée, « dont la disparition brusque après quatre ou cinq jours est suivie de « manifestations grippales dans la trachée et les bronches. »

(2) Au moins en France, les complications de l'influenza ayant revêtu un caractère beaucoup plus sérieux en Russie et en Allemagne, ce qui semble dû à l'intervention plus fréquente du streptocoque pyogène.

Digitized by Google

pyèmes de l'antre d'Highmore. Nous n'avons pas fait autre chose.

Certes, il est loin de notre pensée de vouloir généraliser ces données, mais il n'était peut-être pas mauvais d'attirer l'attention sur elles, à une époque où l'on trépane si volontiers le sinus maxillaire. Et avec quel succès incomplet trop souvent! Il suffit d'avoir vu des malades ainsi traités, soulagés il est vrai immédiatement, mais conservant parfois une fistule qui ne tarit pas, pendant des semaines, des mois, des années même. Malheureusement le cathétérisme du sinus par l'orifice naturel et par l'orifice accessoire n'est pas toujours facile, et même dans certains cas il est à peu près impossible. Bien que nous n'ayons pas d'expérience sur ce point, il nous semble alors indiqué, surtout lorsque les dents sont en bon état, de préférer à la voie alvéolaire la voie nasale par le méat inférieur (Mikulicz) ou le méat moyen (Zuckerkandl).

VII

Il nous reste, avant de terminer, à examiner un dernier côté de la question : quelle est la part qui revient aux manifestations que nous avons étudiées, sous la symptomatologie générale de grippe?

Le coryza aigu, du début, fait, comme nous l'avons vu, partie intégrante du tableau pathologique de la grippe, nous n'y insistons point, pas plus que sur ses conséquences : obstruction nasale et par suite altération de la voix; respiration uniquement buccale; bourdonnements d'oreille, dureté de l'ouïe due à la propagation de l'inflammation à l'orifice pharyngien de la trompe; troubles oculaires, etc.

Mais il est un autre ordre de symptômes, considérés aussi comme des signes classiques de la grippe, qui nous paraissent relever fréquemment, sinon toujours, des manifestations de la maladie sur le nez et les sinus, nous voulons parler des phénomènes douloureux : céphalalgie, névralgies du trijumeau.

La céphalalgie est un symptôme initial, qui parfois per-

Digitized by Google

siste, et peut même survivre à la période fébrile; elle survient, en général dans les 12 premières heures et revêt un caractère de douleur, soit gravative, soit lancinante.

Les malades se plaignent souvent d'une constriction frontale, orbitaire ou rétro-orbitaire.

Les phénomènes douloureux, névralgiformes, sont fréquents aussi dans la branche supérieure du trijumeau, plus rares dans la branche moyenne (*Nothnagel, Bidon, Mispelbaum*).

Les névralgies des autres parties du corps sont beaucoup plus rares (névralgies intercostales, sciatique) et parfois tardives (névralgie scapulo-humérale *Joffroy*).

Weichselbaum n'hésite pas à rapporter aux lésions, pour ainsi dire constantes, qu'il a trouvées dans le nez et le sinus les diverses névralgies de la face. La localisation des phénomènes douloureux, leur évolution, souvent parallèle à celle des lésions nasales ou des sinus, nous autorisent à considérer cette opinion comme fort vraisemblable.

Ils semblent relever de l'irritation des terminaisons du trijumeau dans la muqueuse du nez et des sinus. Il en serait de même de certains troubles oculaires, tels que la photophobie, l'hyperémie conjonctivale et péricorneenne, la douleur des mouvements et la fatigue des muscles de l'œil, etc. (*Berger.*)

En raison même de la disposition de son abouchement dans la fosse nasale, le sinus frontal est particulièrement exposé. Il suffit d'une simple obstruction de l'orifice d'abouchement, d'un état congestif de sa muqueuse pour expliquer dans bien des cas la céphalalgie frontale des grippés.

C'est dans des faits de ce genre que certains auteurs ont obtenu la cessation des douleurs par la simple cocaïnisation de la muqueuse. Pour ces auteurs la céphalée serait alors d'ordre réflexe, et l'action favorable de la cocaïne semble les confirmer dans cette opinion; nous croirions plutôt pour notre part à une action déconjective de la cocaïne.

Dans les céphalées persistant après la grippe, on a eu recours au galvano-cautère. Mais, ici encore, l'action du caustique nous paraît être assez complexe.

Digitized by Google

VIII

Le traitement de la grippe doit être prophylactique et curatif. Le premier a bien son importance et, étant donnée la fréquence de la localisation, parfois primitive, de la maladie sur la muqueuse nasale, il était logique de recommander l'antisepsie du nez. Aussi bien voyons-nous figurer les lavages du nez parmi les sages préceptos prophylactiques formulés par M. le professeur *Proust*, à l'Académie de médecine.

Contre la rhinite aiguë simple, tout traitement est, en général, inutile ; on pourrait au besoin appliquer le traitement habituel du coryza aigu.

L'intervention s'impose au contraire dans la rhinite purulente d'emblée et dans ces cas, c'est aux irrigations boriquées chaudes et non tièdes, que nous donnons la préférence. Les *insufflations* d'une poudre composée *uniquement* d'acide borique et de menthol possèdent aussi une réelle efficacité.

Lorsque l'écoulement persiste, sans qu'on puisse incriminer une lésion des sinus, on se trouvera bien des irrigations au permanganate 0,10 à 0,40 pour mille ou au solvéole à 5 pour mille ; si les cornets sont hypertrophiées et que l'hypertrophie persiste après ces lavages, on aura recours aux procédés thérapeutiques usités en pareil cas.

Dans le cas de lésions des sinus sphénoïdaux, les lavages antiseptiques seront seulement des moyens palliatifs, le cathétérisme du sinus sphénoïdal et au besoin la trépanation, constitueront parfois les seuls procédés curatifs.

Nous ne recommandons pas le cathétérisme du sinus frontal, que nous croyons trop souvent dangereux ; en cas de persistance de l'écoulement ou de menace de complication, c'est la trépanation par le procédé de M. le professeur *Panas* qui donnera les résultats les plus sûrs.

Nous croyons inutile de revenir sur ce que nous avons dit plus haut sur le traitement des empyèmes du sinus maxillaire : nous nous bornerons à rappeler que certains empyèmes consécutifs à la grippe observés en France, semblent occuper une place à part dans l'histoire de la suppuration de l'autre

Digitized by Google

d'Highmore, par leur bénignité relative et leur facile curabilité.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

EWALD. *Verein für innere Medicin.* Séance du 6 janvier 1890 et *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 3, s. 65, 20 janvier 1890.

HERZOG. *Association des médecins de Styrie*, 1891 in *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx et du nez*, 1891.

JURASZ. *Die Krankheiten der Nase*, S. 104, Heidelberg, 1891.

NIMIER. Des manifestations nasales et auriculaires de la grippe. *Mercredi médical*, n° 10, p. 109. 12 mars 1890.

BAUMGARTEN. Bakteriologische Untersuchungen bei Influenza. *Wiener klinische Wochenschrift*, n° 6 et suivants, 1890.

ROSENTHAL, Die Erkrankungen der Nase s. 87. (Berlin, 1892).

NOTHNAGEL. *Société imp.-roy. des médecins de Vienne*, 1890.

BIDON. Action exercée par la grippe de 1889-1890 sur le système nerveux. *Revue de médecine*, août et septembre 1890.

III

LE COUTEAU DE SCHMIDT ADAPTÉ A L'ENFANT

Par le Dr L. COUETOUX, de Nantes.

Les rhinologistes se préoccupent avec raison de compléter leur arsenal chirurgical. Comme nous manquant encore je signalerai en passant une pince à polype, fine, rigide, à branches tranchantes, dont le rôle serait fort utile à l'action souvent difficile du serre-nœud. Pour le moment, je veux appeler l'attention sur les instruments destinés à opérer les végétations adénoïdes du rhino-pharynx.

Depuis 1880, je me suis servi tour à tour de la pince de Lœwenberg, dont le mors a une prise insuffisante, de celles de mon regretté maître Calmettes, qui se préoccupa avec raison d'adapter un grand nombre de modèles aux divers âges, enfin de celles du Dr Ménière qui m'ont paru le dernier

Digitized by Google

perfectionnement des pinces à végétations, de celles que je connais; la prise est grande, le petit modèle s'adapte à l'enfant très jeune, bien qu'encore un peu volumineux.

Peut-être les pinces conserveront-elles leurs indications. Quant à moi, je les ai abandonnées pour le couteau de Gottstein; puis la courbure de cet instrument étant tout à fait excessive, j'ai adopté celui de Schmidt. A ce propos, il est assez remarquable que les auteurs de couteaux annulaires Gottstein et Schmidt aient tous les deux introduit la courbure à concavité supérieure, au niveau du bord inférieur du voile. Pourtant, si cette courbure était utile, elle le serait surtout pour les pinces qui doivent éviter de prendre la luette dans leurs branches. Cette courbure me paraît pour les pinces, pour les couteaux, pour les tiges à pansement pharyngien, une gêne, une difficulté sans aucun avantage. La difficulté de l'adapter aux pinces a sans doute préservé les inventeurs de ce que je me permettrai de qualifier une erreur.

Avec le couteau de Schmidt on peut opérer les adultes et les enfants. Toutefois, il est bien désagréable pour l'opérateur d'opérer avec cet instrument un enfant très jeune, qu'il fait souffrir inutilement. L'appareil est trop volumineux, la courbure encombrante cause une difficulté pour l'introduction, et aussi pour le maniement.

Chez le tout jeune enfant, quelquefois un mois après la naissance, on trouve le rhino-pharynx obstrué d'une façon chronique. La douche d'air par une narine, l'autre narine restant libre, le toucher pharyngien surtout, améliorent souvent la situation. Mais après avoir employé ces deux moyens, il faut parfois en arriver à l'opération de végétations adénoïdes dès l'âge de deux à cinq mois, qu'il s'agisse dans ces cas d'un gonflement de la muqueuse ou de végétations proprement dites. Le petit modèle du Dr Ménière, aussi bien que le couteau de Schmidt, paraissent dans ces cas bien trop volumineux.

Les desiderata que doivent remplir les couteaux annulaires pour le jeune enfant, sont les suivants. Le manche sera long, afin que la main sente bien la force qu'elle imprime au

Digitized by Google

tranchant; j'ai adopté le manche du petit abaisse-langue de Simal, constructeur de mon couteau annulaire, d'autant plus que ce modèle peu volumineux ne cache pas le champ opératoire. Il n'y aura pas de courbure au niveau du voile, afin que le couteau soit plus libre dans le petit espace où il doit fonctionner. L'intérieur de l'anneau devra être assez petit pour que l'instrument prenne peu de place; mais il devra être assez grand pour que les végétations de l'enfant, assez dures ainsi que je le dirai tout à l'heure et mamelonnées, s'y engagent facilement; sinon leur ablation nécessiterait une pression telle que la main ne sent plus parfaitement ce que produit l'instrument.

C'est ici que se trouve la principale difficulté. Je crois l'avoir tournée en prolongeant l'anneau au delà du talon du manche; de telle sorte que c'est l'anneau lui-même qui forme ce talon, ce coude. De la sorte, le couteau agit comme un couteau ordinaire, puisqu'il peut bien s'appliquer sur la muqueuse, n'étant plus arrêté par le talon plein du couteau de Schmidt. Cependant il ne peut blesser, grâce aux deux branches latérales qui limitent l'action du couteau.

Il faut s'entendre sur l'assertion qui vient d'être émise. Mon couteau est plus offensif que celui de Schmidt. Étant supposé, ce qui se voit, une arête osseuse bien accentuée à la partie médiane de l'apophyse basilaire, il sera possible, vu l'absence du talon, non seulement d'éroder cette arête, comme on fait assez souvent avec le couteau de Schmidt, mais de s'y butter au point d'être forcé de s'arrêter. Force sera de dégager la lame en remontant un peu en haut et d'appuyer moins en arrière au niveau de la saillie osseuse.

Voilà l'inconvénient, et bien qu'il se présente avec le couteau de Schmidt, je préférerais entre les mains d'un médecin inexpérimenté le couteau de Schmidt réduit et non modifié.

Digitized by Google

Mais lorsqu'une main accoutumée à ces sortes d'opérations tient ce manche mince et long, manie dans le rhino-pharynx ce couteau que n'entrave plus le frottement sur une muqueuse épaisse d'un talon mousse, elle sent tout ce qu'elle fait, se retire légèrement devant un obstacle osseux qui résiste et en un temps très court balaye les végétations de la muqueuse.

J'ai été étonné de la liberté de ce petit instrument dans des pharynx d'enfants tout petits, du peu d'effort qu'il nécessite; à ce point de vue, la différence est tout à fait grande avec le couteau de Schmidt, et le principal reproche que je fais à cet instrument est d'avoir, au nom de la sécurité, masqué les sensations de la main qui opère.

Mon petit appareil sera utile chez le tout petit enfant, dans ces cas de végétations dures qui donnent au doigt une sensation mamelonnée. Car je n'admets aucunement que chez l'enfant les végétations soient plus molles que chez l'adulte; elles sont moins fibreuses sans doute, mais au toucher elles donnent bien moins souvent cette sensation d'un paquet de vers très caractéristique. Elles peuvent très bien, au contraire, ne présenter qu'une prise bien moins facile au couteau annulaire. J'ai publié dans cette revue l'observation d'un tout jeune enfant dont la surdité acquise semblait déjà se compliquer de mutité et qui guérit très bien à la suite d'ablations de végétations donnant très nettement au doigt la sensation sus-indiquée.

Avec mon couteau, comme avec celui de Schmidt, je place l'enfant entre mes jambes, et j'opère en un tour de main, abaissant la langue avec le petit abaisse-langue de Simal. Quand il survient un peu de fièvre, ce qui est rare, quelques touchers rhino-pharyngiens avec un peu d'ouate imbibée de nitrate d'argent à 2 0/0 arrêtent bientôt les symptômes infectieux. Le bromure d'éthyle est sans inconvénient, il est utile, calme l'inquiétude des parents et des malades.

La commodité de cet instrument m'a amené à faire faire un modèle pour adultes, établi sur le même principe, mais dont l'aspect diffère encore davantage de celui de Schmidt, parce que la partie la plus large est au niveau du coude. La partie supérieure est de même largeur que dans le petit

Digitized by Google

modèle, parce qu'il est très utile que le couteau pénètre vers la voûte des choanes. C'est surtout nécessaire quand on opère dans le premier stade de l'ozène.

Souvent après avoir opéré avec le grand modèle, je balaye la partie supérieure des choanes avec le petit couteau représenté ici, lequel pénètre plus profondément et provoque un flot nouveau de sang. Avec le modèle pour adulte, l'absence du talon fait qu'on éprouve la même sensation qu'avec le petit, sensation qui consiste en l'absence de résistance, de sorte qu'on emploie moins de force, on a plus d'effet et on sent mieux l'action du couteau qu'on dirige.

BIBLIOGRAPHIE

Die Heil-Erfolge der inneren Schleimhaut-Massage. (Résultats thérapeutiques du massage des muqueuses dans les maladies chroniques du nez, de la gorge, de l'oreille et du larynx), par le Dr C. Laker, de Graz. (In-8° de X-103 pages avec 14 figures. Leuschner et Lubenski, 1892, Graz.)

Ce petit volume est un plaidoyer (1) en faveur de la nouvelle méthode préconisée par Mich. Braun, de Trieste, dans les affections chroniques des muqueuses et qui consiste dans une sorte de *massage par vibrations*. L'opérateur se place à la droite du malade assis dans un fauteuil et la tête légèrement inclinée en arrière : il introduit dans le nez légèrement relevé une sonde métallique de 12 centimètres de long correspondant au 6 ou 7 de la filière Charrière, munie d'un peu d'ouate, et, au moyen d'une sorte de contraction tétanique des muscles du bras, détermine une série de vibrations de cette sonde, qui heurte la muqueuse. Il y a un apprentissage assez long à faire pour arriver à cette sorte de tétanos qui s'étend depuis le grand pectoral et le grand dorsal jusqu'aux muscles lombricaux : les principaux mouvements de la vibration doivent se passer dans le coude et suivent l'axe principal de l'avant-bras.

Les vibrations doivent arriver à être très régulières en intensité et en durée et à se suivre avec un intervalle de 1/100 de seconde

(1) On trouvera aussi les idées de M. Laker dans des articles publiés récemment dans la *Wien. med. Presse*.

Digitized by Google

au plus. Les limites de la durée d'une vibration varient de 0.1 à 0.03 seconde ; les vibrations varient de 10 à 30 par seconde et de 600 à 2,000 par minute. Laker vibre en moyenne à 0.085 seconde. De nombreux tracés recueillis au laboratoire de physiologie de Rollet par l'auteur sont consignés dans ce chapitre.

Le massage interne des muqueuses, indiqué dans tous les cas d'inflammation chronique des muqueuses, réussit mieux dans les formes hypertrophiques que dans les formes atrophiques. L'amélioration ne commence qu'au bout de quelques jours, cinq en moyenne : souvent même le malade se trouve plus mal pendant les premiers jours du traitement.

Pendant le massage le malade accuse une sensation de malaise qui dure aussi longtemps que l'opérateur vibre et qui disparaît rapidement après la séance. Cette sensation désagréable, d'autant plus marquée que le processus est plus aigu, s'atténue avec les séances suivantes.

Les hémorrhagies sont très fréquentes, mais ne doivent pas arrêter le traitement, car elles cèdent au bout de six à sept jours. — Le procédé n'a pas d'autres inconvénients méritant d'être signalés. — Quant à la durée des séances et du traitement, elle est très variable suivant les cas.

L'auteur étudie ensuite séparément l'action des vibrations dans les affections du nez et du rétropharynx, qui se compliquent du côté des voies respiratoires supérieures ou de l'oreille, dans les maladies du pharynx et du larynx et même dans celles de la conjonctive. L'ouvrage se termine par le résumé de 33 observations où l'auteur se félicite hautement des résultats obtenus, qui lui paraissent extrêmement remarquables. Il exprime finalement le vœu que ce traitement si particulier pique la curiosité des praticiens et des spécialistes, qui pourront ainsi se convaincre de sa valeur et éclaircir quelques points restés obscurs dans son mode d'action. M. LS.

PRESSE ÉTRANGÈRE

De l'interprétation clinique des perforations de la membrane du tympan, par le Dr MÜLLER, assistant de la clinique des maladies d'oreille d'Iéna (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXXII, 2e fasc.).

Dans ce travail l'auteur s'est proposé d'étudier les perfora-

Digitized by Google

tions de la membrane du tympan au point de vue des conclusions que l'on en peut tirer relativement aux processus pathologiques qui leur ont donné naissance et à leurs conséquences. Il laisse de côté les lésions traumatiques et ne s'occupe que des perforations qui se produisent au cours d'inflammations aiguës ou chroniques.

L'auteur distingue dans la membrane du tympan deux parties, la partie supérieure et la partie inférieure, séparées l'une de l'autre par le pli antérieur et le pli postérieur. La partie supérieure est divisée en trois segments : antérieur, moyen et postérieur, par deux cordons de tissu conjonctif qui partent des deux extrémités du segment de Rivini pour aboutir à la courte apophyse. La partie inférieure est divisée en deux segments, antérieur et postérieur, par les fibres du cône lumineux un peu plus courtes et plus tendues que les fibres voisines.

Le siège de la perforation paraît jouer un rôle important. Il y a à considérer aussi la forme, la grandeur et le nombre des perforations, les produits auxquels elles donnent issue, enfin si le bord de la perforation est libre ou chargé d'un exsudat plastique ou recouvert d'épiderme.

Si l'on trouve une petite perforation intermédiaire dans la partie inférieure de la membrane du tympan avec tous les signes d'une inflammation aiguë ou d'un catarrhe aigu; si le patient n'a jamais eu auparavant de maladie d'oreille et présente les signes cliniques d'une otite moyenne aiguë ou d'un catarrhe de l'oreille moyenne, on est conduit à admettre de prime abord que la perforation est due à l'affection aiguë de l'oreille moyenne. En général le pronostic est favorable, la perforation se fermera après la guérison de l'oreille moyenne, et il pourra y avoir restitution complète, organique et fonctionnelle.

La restitution intégrale n'est pas aussi fréquente quand la perforation se trouve au-dessus des plis; il y a souvent adhérence du segment moyen avec le col du marteau, et il en résulte une dépression de la membrane du tympan, qui forme en ce point une petite fossette.

Le pronostic est moins favorable quand la perforation a son siège dans le cône lumineux ; elle se ferme difficilement et engendre des troubles graves. Aussi faut-il éviter de faire la paracentèse en ce point.

Les perforations périphériques de la partie inférieure de la membrane du tympan doivent toujours faire soupçonner une carie circonscrite de l'anneau tympanique.

Digitized by Google

En présence de perforations de la partie supérieure de la membrane du tympan, si le patient souffre depuis longtemps d'otorrhée ou si l'on observe que l'otorrhée résiste au traitement et que la perforation ne se ferme pas ; si en outre le patient se plaint de douleurs lancinantes et présente un aspect cachectique, on peut conclure avec la plus grande probabilité à une affection carieuse de l'oreille moyenne. En général il s'agit de la carie de la tête et du col du marteau. Dans le cas où le segment postérieur est atteint, on a affaire à la carie du corps de l'enclume.

Les perforations en forme de rein, en forme de cœur et les perforations totales avec isolement du marteau, se rencontrent dans un très grand nombre de suppurations chroniques de l'oreille moyenne et sont accompagnées de désordres fonctionnels graves et d'une série de troubles subjectifs.

Les perforations en forme de cône pointu avec écoulement de pus au sommet du cône s'observent fréquemment dans les inflammations aiguës, et leur évolution est en général favorable sans qu'on ait à employer un traitement spécial. L'auteur a observé plusieurs de ces cas pendant la période d'influenza de l'hiver 1889-90.

La grandeur et la forme des perforations ont moins d'importance que leur siège. On peut dire néanmoins que les grandes perforations provenant de processus pathologiques ne guérissent que très difficilement. Mais il ne faut pas oublier que de très petites perforations, notamment dans la partie supérieure, ne peuvent disparaître sans intervention opératoire. Ordinairement il n'y a qu'une perforation, cependant on rencontre aussi des perforations multiples. Kessel en a observé dans quelques cas où la membrane du tympan portait des tubercules miliaires.

La nature de la sécrétion évacuée par la perforation fournit aussi naturellement des indications sur les processus pathologiques de l'oreille moyenne.

Enfin les bords de la perforation méritent l'attention. S'ils sont recouverts d'un enduit blanchâtre, plastique, on peut admettre que le tissu voisin a une tendance à la régénération et qu'il y aura fermeture de la perforation. Mais si les bords se recouvrent d'épiderme, l'ouverture persistera.

Après avoir ainsi exposé les divers cas qui peuvent se présenter et la façon dont il faut les interpréter, l'auteur en conclut qu'il ne peut être question d'un traitement général des affections

Digitized by Google

perforatives. En beaucoup de cas on ne pourra obtenir une amélioration ou la guérison que par une intervention opératoire. Dans la clinique d'Iéna, on a reconnu que le traitement médicamenteux est généralement impuissant quand il s'agit de perforations dans la région du cône lumineux, de perforations en forme de rein, de cœur ou de perforations totales. On pratique alors la ténotomie du tenseur du tympan. Les résultats ont été favorables, comme le montrent les cas rapportés par l'auteur. Cependant dans les grandes perforations et dans les perforations totales, il faut y joindre l'extraction du marteau ou de l'enclume et du marteau, pour arriver à supprimer la pression exercée sur le labyrinthe. Mais la ténotomie n'aboutira à ce résultat et à une amélioration de l'ouïe que si la base de l'étrier fonctionne encore normalement et s'il n'existe pas d'affection adhésive avancée. La ténotomie rend encore de bons services au point de vue de l'arrêt de la suppuration, à condition toutefois qu'il n'y ait pas carie du marteau ou de l'enclume, ou des deux à la fois. Dans ce dernier cas il faut avoir recours à un traitement spécial.

L'auteur termine son travail en rapportant neuf cas de ténotomie du tenseur du tympan. Dans tous le cas la sécrétion s'est arrêtée et la ténotomie a visiblement contribué à ce résultat. Les perforations ne se sont pas fermées, mais elles ont diminué. Dans plusieurs cas il y a eu amélioration de l'ouïe, et deux fois les symptômes subjectifs pénibles ont été totalement écartés.

Dr A. JOLY.

Compte rendu statistique des maladies d'oreille traitées en 1887-1889, par le prof. F. Bezold (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXXII, 2e fasc.)

Ce compte rendu porte sur 4473 malades et 4874 maladies. C'est le septième rapport fait par l'auteur sur trois années successives. Cette longue série d'observations a permis à Bezold de tirer des conclusions intéressantes de ses données statistiques. Dans cette courte analyse, nous ne reproduirons pas les tableaux du travail original. Nous résumerons seulement les faits principaux qui ressortent du rapport du savant professeur.

Les questions que peut résourde la statistique sont limitées, et les solutions fournies seront d'autant plus précises que les questions elles-mêmes seront plus nettes et que leur étude aura été plus minutieuse. Lors donc qu'un auteur aura poursuivi longtemps des recherches de ce genre d'après un plan déterminé,

Digitized by Google

son travail acquerra par là même une valeur particulière. C'est le cas pour le compte rendu qui nous occupe.

Dans ces trois dernières années le pourcentage des maladies de l'oreille externe, moyenne et interne, a été le suivant :

31,7 0/0 pour l'oreille externe et la membrane du tympan;
65,7 0/0 pour l'oreille moyenne;
12,6 0/0 pour l'oreille interne.

Les chiffres obtenus récemment par Bürkner, en réunissant les observations de 100,000 patients de divers médecins auristes sont les suivants :

23,8 0/0 pour l'oreille externe;
66,7 0/0 pour l'oreille moyenne et la membrane du tympan;
6,6 0/0 pour l'oreille interne.

Quant au rapport du nombre des enfants au-dessous de 15 ans à celui des adultes, il est à peu près le même que dans les précédents comptes rendus : 22,4 0/0 au lieu de 20,5.

Si au lieu de prendre les maladies de l'oreille en général, on examine celles des diverses parties de l'oreille, on trouve que le rapport du nombre des enfants à celui des adultes est de :

1 à 6,6 pour l'oreille externe et la membrane du tympan;
1 à 6,2 pour l'oreille interne;
1 à 2,7 pour l'oreille moyenne.

De telle sorte que la participation des enfants aux maladies de l'oreille moyenne dépasse de beaucoup celle aux maladies de l'oreille externe et interne, ce qui concorde avec les résultats de Bürkner tirés d'un bien plus grand nombre d'observations.

Si maintenant nous comparons le pourcentage des différentes formes de maladies dans les trois périodes triennales 1881-83, 1884-86 et 1887-89, nous trouvons que les formes d'otite moyenne chronique simple ont été successivement de 20,8 0/0, 12,4 0/0 et 11,8 0/0. La surdité nerveuse passe de 3,3 à 5,9 et 6,1; les affections de la trompe de 6,6 dans la première période à 9,7 dans les deux dernières. A mesure que le diagnostic du catarrhe chronique de l'oreille moyenne devient plus rare, celui des dernières formes augmente. Ce fait s'explique surtout par la transformation et le perfectionnement des moyens d'épreuve qui permettent de diagnostiquer une affection de l'oreille moyenne.

Pendant les trois mêmes périodes triennales, les chiffres inscrits pour l'otite moyenne catarrhale aiguë et subaiguë sont de 8,2 — 8,3 et 10,3, et pour l'otite moyenne purulente aiguë de 6,0 — 6,0 et 7,5. Cela peut tenir en partie à ce que les affections

Digitized by Google

aiguës sont venues plus fréquemment en traitement, ce qui serait un bon signe au point de vue de l'intérêt général. Mais il faut bien tenir compte aussi de l'influenza, qui, pendant le dernier mois de la dernière période triennale, a multiplié ces formes de maladie.

Les suppurations chroniques de l'oreille moyenne ont également augmenté un peu : 17,2 0/0 au lieu de 16,4 et 15,1, peut-être pour la même raison que les affections aiguës.

Pour les autres formes de maladies, les différences sont moins grandes et les chiffres se rapprochent aussi de ceux de Bürkner.

L'auteur donne ensuite des détails sur les moyens diagnostiques employés, conductibilité osseuse, expérience de Rinne, expérience de Weber, emploi du diapason et du sifflet de Gatton, pour lesquels nous renvoyons au texte original. Nous n'avons voulu relever ici que les résultats les plus saillants des études statistiques de Bezold. Ce qui ressort avec le plus d'évidence, c'est qu'un grand nombre de maladies nerveuses, qui étaient autrefois comptées parmi les catarrhes chroniques de l'oreille moyenne, ont été reconnues grâce aux nouvelles méthodes d'examen.

L'auteur fait connaître ensuite les résultats du traitement en se bornant aux différentes formes de suppuration de l'oreille moyenne.

Pour l'otite moyenne purulente aiguë, le nombre des guérisons est de 72,6 0/0, le nombre des améliorations de 5,8 0/0.

Pour les suppurations chroniques, il y a eu guérison avec fermeture de la membrane du tympan dans 1,8 0/0 des cas; arrêt de la suppuration dans 50,9 0/0.

L'auteur termine par une étude à part des maladies de l'oreille consécutives à la scarlatine. Dr A. JOLY

Une affection rare du labyrinthe, probablement d'origine scarlatineuse, par Egmont Baumgarten, de Budapest. (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, XXII.)

Une dame de 30 ans, enceinte, présentait, depuis six mois, les symptômes d'une otite moyenne chronique gauche, de la salpyngite et de la pharyngite chronique, lorsqu'elle vint consulter l'auteur. Le traitement de la salpingite et de l'otite améliorèrent rapidement l'ouïe de la patiente, lorsque sa fille, âgée de 4 ans, fut atteinte de scarlatine; au cinquième jour, éclata une otite moyenne aiguë, bilatérale, suppurée, avec perforation

Digitized by Google

des tympans, destruction des osselets et surdité absolue. L'enfant se rétablit, et au bout de six semaines l'ouïe commence à revenir pour les sons élevés. Deux mois après le début de la scarlatine de l'enfant, la mère est subitement prise, à la sortie d'un bain, de symptômes d'une otite suraiguë, bilatérale avec surdité complète. La paracentèse est faite dès le premier examen, le lendemain du début, et la malade, en proie à une agitation inquiétante et à des douleurs et des bourdonnements terribles, se calme un peu. L'otite moyenne guérit en sept jours, la suppuration était tarie, les tympans cicatrisés; mais, depuis deux ans, elle présente encore des symptômes d'otite interne; l'ouïe a reparu très lentement, pour les sons bas d'abord; les sons élevés furent pendant longtemps entendus faux; la dame, fort bonne musicienne, entendait déjà suffisamment la musique, que les diapasons n'étaient pas encore entendus. L'ouïe finit par se rétablir dans une certaine mesure, mais la conductibilité crânienne ne revient pas, les sifflets ne sont pas entendus. Chez l'enfant, les tympans ne sont pas encore cicatrisés au bout de deux ans, la suppuration est presque tarie, l'ouïe est bonne, sauf pour les sons bas. Si la théorie de Helmholtz est exacte, la mère aurait surtout souffert de la base, l'enfant du sommet du labyrinthe. M. N. W.

Formes rares de périchondrite du larynx (Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes), par Egmont Baumgarten, de Budapest. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 7, 1892.)

Obs. 1. — Blessure par corps étranger. Le patient, âgé de 17 ans, se présente trois mois après avoir avalé de travers un os de poulet, probablement rejeté par la toux. Le repli ary-*épiglottique* et la corde vocale supérieure gauches sont trouvés *fortement* tuméfiés, la corde vocale inférieure est tuméfiée et abcédée, de même que le sinus de Morgagni. Les signes subjectifs étaient la toux, la dysphonie, la dysphagie et surtout une dyspnée intense et qui resta menaçante pendant un mois; il y avait de plus une sécrétion purulente d'une extrême fétidité. Tous les symptômes s'amendèrent lentement au bout de quelques mois, et la guérison survint après expulsion d'une apophyse vocale, du périchondre aryténoïdien et de divers petits débris, et destruction du muscle thyro-aryténoïdien interne. Il resta définitivement une paralysie de la corde vocale gauche.

Obs. 2. — Périchondrite idiopathique. Un homme de 24 ans,

Digitized by Google

vigoureux, sans antécédents morbides héréditaires ni personnels, prend froid en voyage; il éprouve d'abord de l'enrouement, bientôt des douleurs dans le larynx et à la pression sur l'organe, quelques jours plus tard, de la dysphagie, enfin de la dyspnée croissante. Au bout de trois semaines, toute la moitié gauche du larynx est trouvée tuméfiée et œdématiée avec plusieurs petites fistules purulentes au niveau des cordes vocales. La tuberculose et la syphilis pouvaient être absolument exclues. Pendant cinq semaines, le malade rendit du pus, des débris de membranes et de cartilage (badigeonnages lactiques, IK, inhalations diverses, pommade mercurielle au cou, etc.) et finit par reprendre la voix et le bon état général; mais, petit à petit, le larynx fut repris, et trois mois plus tard, le côté gauche étant guéri, le côté droit du larynx présentait l'aspect trouvé au début de la maladie; tout évolua d'ailleurs de la même manière et le malade partit presque guéri.

Obs. 3. — Chondrite et périchondrite idiopathique. — Le patient, homme de 30 ans, se trouva enroué après un fort refroidissement. Examiné deux mois après, il avait une tuméfaction énorme de la moitié droite du larynx — une partie de la tumeur, de forme polypeuse, dut être excisée — elle contenait du périchondre et du pus. Il élimina successivement le cartilage thyroïde droit, quelques débris, enfin le cartilage thyroïde gauche; après quoi la guérison se fit rapidement. L'examen laryngoscopique ne fait découvrir aucune cicatrice, l'image est normale sauf une saillie considérable des cordes vocales supérieures dans leur partie antérieure. Aussi la voix est-elle couverte. L'état du larynx est absolument stationnaire depuis quatre ans. M. N. W.

Tumeur maligne du larynx traitée par la méthode endolaryngée, par G. Stoker. (*Journ. of Laryng, and. Rhin.*, n° 5, 1891.)

Vieillard de 67 ans, toujours bien portant, sans antécédents familiaux. Depuis 5 ans, troubles, perte de la voix après une attaque de coqueluche; à deux reprises il consulta pour son enrouement, et, chose curieuse, deux jours après chaque consultation, il eut une quinte de toux et sa voix revint soudainement et presque complètement. Soulagement temporaire en mai 1890; il était aphone. Pas de douleur ni de dyspnée, pas d'amaigrissement. Pas de gonflement intérieur ni des ganglions. Toux, le matin ordinairement, due probablement à une irritation chro-

Digitized by Google

nique des bronches datant de longtemps avant son enrouement. Larynx congestionné. Tumeur pédiculée, en poire, insérée au quart antérieur de la corde ; sa projection à travers la glotte amenait l'enrouement. Corde vocale normalement mobile ; ni ulcération ni sang visible.

La tumeur enlevée avec l'anse galvanique après plusieurs explorations pénibles était un carcinome. Le malade, en mars 1891, allait tout à fait bien. R. L.

Sténose de la trachée et du larynx suivant parfois l'emploi de la canule à trachéotomie ; remarques sur l'état actuel de l'intubation, par Pitts (Bernard) et Brook. (*Lancet*, 10 janvier 1891, *in Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1891.)

Sténose par des tissus fibreux, cicatriciels, granuleux. Précautions à prendre dans le tubage pour sténose chronique : 1° employer une force considérable ; 2° tube plus large que lorsqu'il s'agit, pour le même âge, d'une affection aiguë ; 3° laisser le tube longtemps en place, quelquefois 15 jours ; 4° quand le tube doit rester en place plus de 12 heures, enlever le cordon ; 5° d'abord nourriture en bouillie, en dehors des liquides. Nourriture ordinaire après quelques tâtonnements ; 6° employer un extracteur plus court que généralement.

Tubage contre-indiqué dans les cas suivants :

1° Obstruction par corps étrangers ; 2° ulcération du larynx (spécifique ou tuberculeuse) ; 3° tumeurs, surtout les malignes ; 4° obstruction par altération de la forme ou de la position de la trachée causée par un goitre ou par une autre tumeur du cou ; 5° obstruction par abcès rétro-pharyngien ou autre abcès du cou.

Indications : 1° Simple sténose cicatricielle par exemple, après vieille affection syphilitique ; 2° Brûlure, œdème ou inflammation aiguë du larynx ; 3° spasme subit de la glotte, comme dans l'administration des anesthésiques ; 4° comme moyen de diagnostic quand on ne sait si la dyspnée provient d'une obstruction des voies aériennes ou de quelque condition hors d'atteinte, tumeur médiastine, bronchite, etc. R. L.

Sténose du larynx, leçon clinique, faite par le Prof. J. Solis-Cohen (*Stricture of larynx, clinical lecture delivered at the Jefferson medical College*, Philadelphia, 1891).

Observation du malade présenté à la clinique : c'est un enfant de 13 ans portant une canule trachéale bouchée et parlant bas

Digitized by Google

avec un chuchotement laryngé caractéristique du fonctionnement défectueux de la glotte; ce n'est point en effet le chuchotement buccal indiquant la suppression fonctionnelle des cordes vocales. A l'âge de 5 ans, à la suite de la diphtérie, l'enfant a eu le larynx envahi par des papillomes récidivants; une première laryngotomie fut faite à cette époque, une seconde deux ans après, une troisième peu de semaines plus tard, enfin quelques mois après cette dernière laryngotomie la trachée a été incisée pour l'extraction de nouvelles végétations.

Depuis, pendant six ans on intervint diverses fois, soit pour cautériser des points malades, soit pour enlever des papillomes par évulsion; aussi ces manœuvres ont-elles amené des cicatrices rétractiles et une sténose irrégulière du larynx et de la glotte, et l'enfant n'a jamais pu se passer de canule jusqu'à ces derniers temps, malgré les tentatives de dilatation. C'est vers l'âge de la puberté seulement que la sténose tend à diminuer et l'enfant respire actuellement par le larynx tout en gardant encore dans la trachée une canule obturée; il est donc probable qu'il pourra s'en passer un jour; en ce cas la canule retirée sera remplacée par un bouchon construit à cet effet, car il ne serait pas encore prudent de laisser le trajet se refermer; il ne faut pas oublier que les plaies trachéales même anciennes se ferment avec une grande rapidité — en quelques jours et même en quelques heures. A propos de ce cas l'auteur décrit les différents dilatateurs laryngés et donne d'utiles conseils sur le port des canules trachéales. La canule fenêtrée est à rejeter, car la fenêtre se trouvant dans la portion horizontale, répond au trajet intracervical et ne remplit pas le but; elle présente l'inconvénient d'être facilement envahie par des bourgeons charnus, qui oblitèrent la lumière et gênent sérieusement l'extraction de l'instrument chez les malades peu soigneux qui négligent le nettoyage quotidien. Ceci est loin d'être une vue théorique et l'auteur en a observé de remarquables exemples. Les canules devraient être en argent et faites d'une seule pièce, car elles s'érodent au niveau des soudures et souvent les pièces se dessoudent; — c'est ainsi qu'on voit le tube tomber dans la trachée, décollé du plateau. Ces accidents se voient chez les gens qui gardent leurs canules des années sans les changer. Il faudrait conseiller d'avoir deux canules de longueurs un peu différentes, de façon à changer le point de contact de l'instrument avec la paroi trachéale.

M. N. W.

Digitized by Google

Cas de fracture du larynx avec déchirure de la trachée, par Janowski. (*Trans. de la Soc. méd. de Simféropol,* 1890, vol. I, p. 93, in *Journ. of laryng. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Jeune fille de 21 ans, se balançant, eut son fichu tiré violemment par une corde. Quelques instants après, difficulté extrême à respirer, respiration accompagnée d'un claquement. Emphysème du cou sous-cutané.

Après un accès de vomissement provoqué par examen digital de l'épiglotte, la respiration devint plus aisée ; disparition du claquement. Environ quatre heures et demie après l'accident, aggravation (cyanose des lèvres, râles œdémateux du poumon, etc.), respiration cessant aussitôt la position horizontale prise. Trachéotomie sans aucun soulagement ; mort environ une demi-heure après, malgré la respiration artificielle faite sans trêve. A l'autopsie, fractures multiples des cartilages du larynx, fragments très saillants dans la cavité de cet organe ; trachée entièrement arrachée du larynx et déplacée en bas. R. L.

Épingle dans le larynx, par F. H. Hooper. (*Boston med. and chir. Journal*, 29 janvier 1891 ; *Journ. of Lar. and Rhin.* n° 5, 1891.)

Épingle fichée dans l'espace inter-aryténoïdien, l'autre extrémité juste au-dessus de la commissure antérieure des cordes vocales ; extraite de force avec une pince. Enrouement, gêne à déglutir. R. L.

Rétention d'un corps étranger dans le larynx pendant 38 ans, par Ravenel. (*Med. News*, 21 mars 1891 ; *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Épingle tombée dans le larynx d'un enfant de 7 ans, d'où, après un accès de toux violent, elle fut rejetée après 38 ans. Au laryngoscope, deux surfaces enflammées circonscrites directement opposées aux extrémités postérieures des deux ventricules. Tout le temps l'épingle était restée en travers du larynx, où ses deux bouts étaient fichés. Les symptômes laryngés ayant existé jusqu'à la sortie de l'épingle, l'absence de troubles pulmonaires semble une preuve suffisante de sa présence seulement dans le premier de ces organes. R. L.

Un cas de laryngo-spasme et de tétanie, par Loos. (*Soc. de méd. de Styrie,* 26 janvier 1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Les symptômes sont des attaques fréquentes laryngo-spas-

Digitized by Google

modiques, une irritabilité mécanique et électrique augmentée des muscles et des nerfs, phénomène facial et phénomène de Trousseau. L'enfant semble bien portant. Le laryngo-spasme se voit associé au rachitisme, mais, dans 40 cas, Loos a vu que les enfants présentaient aussi bien les symptômes de tétanie.

R. L.

Deux cas de laryngo-typhus, par SCHUSTER. (*Arch. f. Kinderheilk.*, Band XII, H. 5 et 6; *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Contrairement à ce qui arrive ordinairement, où les complications laryngées du typhus abdominal sont observées à une époque tardive de la maladie, l'auteur a vu deux fois la maladie débuter par là :

1° Garçon de 12 ans, malade depuis huit jours : fièvre, toux, gêne à déglutir. Le lendemain, fièvre intense, somnolence, toux à timbre croupal, aphtes du voile du palais. Au laryngoscope, épaississement de l'épiglotte, inflammation de toute la muqueuse du larynx, épaississement des cordes vocales, large ulcération sur la paroi postérieure. Le lendemain, symptômes laryngés identiques, avec symptômes nets de fièvre typhoïde; petit à petit, le larynx guérit ;

2° Garçon de 5 ans et demi, douleurs du cou, enrouement. Le même jour, céphalagie et fièvre. Le lendemain, toux croupale, plus forte les jours suivants. Laryngoscopie impossible. Quelques jours après, signes laryngés ; signes de la fièvre typhoïde avec roséole, très distincts.

R. L.

Hémorrhagies après la trachéotomie, par MAAS. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, B. XXXI. H 3, 4 1891 in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Dues à des affections du poumon ou à l'érosion de grands vaisseaux par des ulcérations dans le décubitus. Cas suivants :

1° Petite fille de 4 ans ; ayant eu la diphtérie, trachéotomie ; six jours après, enlèvement de la canule. Mort après quatorze jours par hémorrhagie abondante. L'autopsie montra un trou de l'artère innominée, dû au décubitus ;

2° Garçon de trois ans : diphtérie, trachéotomie ; après six jours, suppression de la canule ; bonne santé ; mort trois jours après par hémorrhagie foudroyante. Même lésion que dans le premier cas ;

Digitized by Google

3° Garçon de 5 ans : diphtérie, trachéotomie ; même mort due à la même cause ;

4 et 5° Même terminaison les 8e et 9e jours après l'opération ;

6° Fille de 3 ans : diphtérie, trachéotomie ; six jours après l'opération, nécrose des parois de la blessure ; écoulement d'une sécrétion fétide. Le 8e jour, mort subite par hémorrhagie. Autopsie : blessure nécrotique de la trachée, inflammation purulente du thymus, diphtérie des bronches, trou de l'artère innominée ;

7° Enfant de 3 ans : hémorrhagie après huit jours, dans les mêmes conditions ; perforation de la veine jugulaire. Onze fois hémorrhagie foudroyante des poumons. Quatre guérisons, sept morts. Chez les uns, rien de pathologique, chez d'autres, lésions de broncho-pneumonie. R. L.

Trachéotomie chez un mourant atteint de syphilis du larynx, par Rostoshinsky. (*Tomsov Med. Soc.*, 1890, n° 2, *in Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1891.)

Paysan de 34 ans ; syphilis depuis 3 ans ; toux asphyxiante, aphonie, crises d'étouffement, surtout la nuit. Au laryngoscope beaucoup d'ulcérations d'aspect sale, éparses le long des bords libres de l'épiglotte et des deux cordes vocales. Le troisième jour après l'entrée, trachéotomie d'urgence devant l'asphyxie imminente. Blessure du corps thyroïde, hémostase avec les pinces de Péan. Trois semaines après l'opération, le malade quitta l'hôpital avec sa canule. R. L.

Phlegmon septique de l'épiglotte. Trachéotomie. Guérison, par Chiari. (*Journ. of Laryng and Rhin,* n° 2, 1891.)

Malade de 67 ans ; douleur de gorge subite avec fièvre ; au laryngoscope épiglotte rouge et gonflée ; à l'incision écoulement de pus fétide. Le lendemain, l'œdème nécessita la trachéotomie ; le malade guérit, malgré une broncho-pneumonie. R. L.

Emploi de fragments de peau pour remédier au manque de muqueuse, surtout en laryngologie, par Witzel. (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1890, n° 45, *in Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1891.)

Malade de 49 ans ; larynx extirpé pour un carcinome, conservation du cartilage cricoïde. Après ablation du néoplasme, morceau de peau du cou fixé au moyen de sutures dans le

Digitized by Google

larynx en remplacement de la corde vocale extirpée. Le vingtième jour après l'opération, la voix était passable. R. L.

Déviations de la cloison nasale, par J. Sedziak. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, nos 3 et 4, 1891.)

Sedziak comprend sous la désignation de déviations, non seulement les déviations proprement dites, mais encore les hypertrophies partielles de la cloison, telles que les épines, crêtes, éperons, bosses, etc.

Historique rempli de noms. Au chapitre de l'anatomie pathologique, Sedziak rappelle l'opinion de Schech. On peut dire que peut-être pas un individu, n'a la cloison parfaitement droite ; Voltolini s'est rangé à cette opinion, ainsi que G. Stoker et Sedziak lui-même. La déviation serait beaucoup plus sensible à partir de l'âge de sept ans.

Sur 200 cas, 33 fois la déviation était insignifiante ; 137 fois elle était plus ou moins sensible. 15 fois seulement elle était suffisante pour pouvoir donner lieu à des symptômes spéciaux. On peut dire que si fréquentes que soient les dérivations, elles sont rarement très développées. Zuckerkandl et Mackenzie ont trouvé la cloison plus déviée en Europe que partout ailleurs, surtout chez les Juifs et les Slaves.

Le maximum serait chez les hommes, surtout de 15 à 25 ans ; la déviation est, par exception, congénitale.

Elle occupe seulement les deux tiers antérieurs de la cloison, le tiers postérieur étant toujours bien au centre ; pour cette raison, les diamètres des ouvertures postérieures des narines sont égaux ; on a vu cependant deux cas où il y avait une légère déviation de la partie postérieure.

La portion cartilagineuse, le cartilage quadrangulaire, est beaucoup plus sujette à ces changements de direction que la partie osseuse formée par la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer. S. préfère la classification de Stoker aux autres et donne la suivante :

1° Déviations de la cloison, dans l'une ou l'autre direction, pouvant être dirigée à droite, à gauche, bilatérales (sigmoïdes) et irrégulières.

2° Déviations en forme d'épaississements partiels (épines, crêtes, synéchies, exostoses, pouvant survenir aux cloisons symétriques ou asymétriques.

Les déviations de la cloison sont les plus fréquentes : sur 167 cas de cloisons asymétriques, 62 fois à droite, et 45 fois à

Digitized by Google

gauche. Diagnostic facile pour qui sait manier un spéculum ; degré de déviation très inégal pouvant aller jusqu'à l'obstruction presque complète.

Les épaississements partiels (éperons, épines, crêtes) sont comparativement fréquents et s'accompagnent le plus souvent d'asymétrie. Il peut y avoir adhérence avec le cornet correspondant.

Pour l'étiologie, il faut dans certains cas accepter l'origine traumatique, mais le plus souvent le développement inégal des parties composant la cloison doit être regardé comme la seule cause de ces déviations ; la cicatrice amenant des rétractions (syphilis, lupus), en sont encore des motifs.

Symptômes très variables suivant le degré ; 92 fois sur 200, aucun ne se rapportant au nez, mais se rattachant à d'autres organes (gorge, oreille).

5 fois sur 15 cas extrêmes, les malades ne se plaignaient cependant de rien, ce qui montre les précautions à prendre pour l'estimation du processus pathologique et des indications du traitement chirurgical. Les complications peuvent causer des troubles (hypertrophie des cornets, tumeurs rétro-nasales, polypes). Deux groupes de symptômes *a*) dus à l'obstruction du nez (mécaniques) ; *b*) dus à la compression des nerfs (réflexes).

Diagnostic facile, pronostic très favorable. Traitement à diviser en deux groupes : 1° traitement palliatif, ayant pour but la suppression des conséquences, c'est-à-dire catarrhe nasal chronique ; 2° traitement radical, c'est-à-dire la suppression des déviations pouvant être *a*), orthopédique par exemple, consolidation de la cloison au moyen d'instruments spéciaux ; *b*) opératoire, se proposant l'enlèvement chirurgical. Le passage des deux traitements radicaux à l'autre se fait au moyen de la galvano-caustique et de l'électrolyse.

Pour le traitement opératoire, voici ce que propose Sedziak :

1° Dans les cas récents, d'origine traumatique sur la partie cartilagineuse chez les enfants, emploi de tampons de laine ;

2° Dans les cas un peu plus vieux, déviations de la portion cartilagineuse de la cloison (surtout les sigmoïdes), traitement orthopédique avec instrument d'Adam Jurasz.

3° La méthode favorite est le galvano-cautère, surtout dans les cas d'épines et de crêtes (éperons), rarement dans les vices de direction (surtout de forme angulaire).

Digitized by Google

4° Quelquefois, il emploie le maillet ou la scie de Bosworth, mais toujours après séparation préalable des muqueuses, surtout dans les cas d'éperons ;

5° Si le septum cartilagineux dévie d'un côté ou de l'autre, n'étant plus sur le même plan que le septum membraneux, et quelquefois défigure le nez, ou tout au moins produit des troubles respiratoires, on emploie la méthode de Jurasz. Disséquer la muqueuse sur la saillie de la cloison, la séparer du cartilage et, au moyen d'un bistouri boutonné ou de ciseaux, réséquer la portion proéminente du cartilage. Après suture ou non de la muqueuse, introduire un tampon de coton iodoformé ou sublimé. Ordinairement, guérison rapide par première intention.

R. L.

Tuberculose primitive de la muqueuse nasale, par Beermann. (*In. dissert. Würzbourg*, 1890, in *Journ. of. Laryng. and. Rhin.*, n° 5, 1891.)

Une dame bien portante, 34 ans, avait sur la muqueuse, à l'entrée de la fosse nasale droite, une tache ronde couverte de nodules de dimension d'une tête d'épingle. Opération; quatre semaines plus tard, récidive; cautérisation. Bacilles tuberculeux dans les fragments enlevés. R. L.

Cas de rhinosclérome, par Pavlovsky. (*Miditzinkoïë Obozrenïë*, 1891, in *Journ. of. Laryng. and Rhin.*, n° 5.)

Suivant la définition de l'auteur, l'affection constitue un granulome chronique infectieux, caractérisé par l'apparition de nodules durs, développés dans la peau du nez et dès lèvres, sur la voûte et le voile du palais, dans les cavités nasales, le pharynx, le larynx et la trachée. En Russie, on le trouve assez fréquemment dans les gouvernements sud-ouest, y compris Kiev, mais rarement dans le nord, par exemple à Saint-Pétersbourg. Tout récemment, Pavlovsky a vu deux cas d'une variété particulière, l'un chez un paysan d'âge moyen, perdant du sang par le nez depuis 3 ans. Narine droite pleine de villosités; tumeur polypoïde aussi dure qu'un chondrôme et, pour l'ensemble, analogue à un polype sarcomateux. Excision et grattage après avoir fendu l'aile du nez; rhinosclérome type avec microbe encapsulé type et masses hyalines. L'autre malade, homme de 35 ans, portait aussi un rhinosclérome de forme polypoïde; symptômes durant depuis un an. L'auteur pense que ces cas justifient la désignation d'une nouvelle variété, dite « polypes rhinoscléromateux. »

R. L.

Digitized by Google

Cas de rhinosclérome, par Pavloff. (*Miditsinkoïe Obozrenïé*, 1891, n° 2, in *Journ. of. Laryng. and. Rhin.*, n° 5, 1891.)

Femme ayant présenté, il y a 6 ans environ, un nodule profond dans le pilier antérieur droit du voile du palais. Après incision, la tumeur se développa rapidement, passant dans le pharynx, puis dans la cavité nasale droite, dans l'orbite correspondant, amenant l'exophtalmie, la cécité et une douleur névralgique intense. A un examen rapide, la tumeur pourrait être prise pour un enchondrome. R. L.

Polype naso-pharyngien de grosseur inusitée chez une jeune fille de 15 ans, par Norris Wolfenden. (*Journ. of Laryng and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Jeune fille, grande, d'aspect solide, se plaignant d'une sensation de tuméfaction au fond de la gorge ; légère difficulté en avalant, nasonnement. Par la bouche, on aperçoit une grosse masse, bloquant plus ou moins complètement le pharynx, tombant très bas derrière le voile, reposant presque sur la langue, repoussant en haut la luette, et à droite se projetant considérablement dans la bouche. En apparence uni, rouge pâle, solide. Examen digital du naso-pharyngien difficile, vu l'espace pris par la tumeur. D'abord, il fut impossible de passer le doigt jusqu'aux orifices postérieurs des fosses nasales. Un dernier examen montra facilement que la tumeur partait par un pédicule long et large du cornet inférieur gauche. A huit ans, la malade avait eu la rougeole et depuis toujours un léger écoulement nasal. Un an avant, ablation pour des polypes multiples du nez. L'état actuel avait débuté dix mois avant qu'elle ne vînt consulter. Anesthésie avec cocaïne à 10 0/0 ; ablation de la tumeur avec l'anse de Jarvis introduite par le nez, attirée avec le doigt dans le pharynx nasal, puis amenée dans la bouche, mise autour du polype aussi près que possible de la racine. C'était un polype ordinaire myxo-fibromateux, conique, dense et fibreux à sa portion pendante, fibreux près de son insertion. Quatre jours après on enleva encore une masse de polype par les narines, puis on cautérisa le cornet inférieur. Guérison. R. L.

Opération de Rouge pour l'extraction d'un séquestre nasal, par C.-H. Knight (Rouges operation for the removal of a nasal sequestrum). (*Med. News*, 3 janvier 1891.)

H.H..., mulâtre, 35 ans, domestique, syphilitique depuis six semaines au moment où il se présente à l'auteur et présentant un

Digitized by Google

chancre induré, des plaques muqueuses, des adénites, de l'alocépine, des douleurs ostéocopes. Il fut mis au traitement mercuriel et n'eût de nouveaux accidents qu'un an plus tard; c'étaient des syphilides tuberculeuses de la face. Deux années se passèrent ensuite sans manifestations syphilitiques; puis le malade se présenta de nouveau en août 1890, avec une ulcération du palais et du nez. La cloison, les cornets, l'os incisif avaient disparu, la voûte palatine se trouvait perforée; un grand séquestre, partiellement détaché, occupait le plancher des fosses nasales. La difformité extérieure était insignifiante, mais le nez exhalait une odeur intolérable. Ne réussissant pas à extraire le sequestre en le morcelant, on eut recours à l'opération de Rouge, le 16 septembre 1890, le malade anesthésie par l'éther. L'incison faite dans le cul-de-sac gingivo-labial supérieur, les ailes du nez séparées de l'os sous-jacent, on renversa le nez et la lèvre complètement en mettant à nu les fosses nasales. Le séquestre put alors être saisi et extrait non sans difficulté à cause de ses adhérences postérieures, après quoi les parties furent remises en place simplement sans pansement. Le malade quitta l'hôpital le lendemain et, au bout de huit jours, la plaie opératoire était guérie et la fétidité avait presque disparu. Les fosses nasales forment une seule cavité en communication avec la cavité buccale et le sinus maxillaire. M. N. W.

Etiologie de l'empyème de l'antre, par Sewill, Miller et Mac-Donald. (*Lancet*, 7, 14 et 21 février 1891, *Journ. of. Rhin. and Lar.*, n° 5, 1891.)

Sewill, comme chirurgien dentiste, considère la grande majorité des cas due à des affections des dents, surtout à l'inflammation avec carie de la pulpe et suppuration surtout du bout d'une racine. Une fois, la dent attaquée était la seconde molaire qui était excessivement cariée. Le tiers supérieur de la pulpe cependant gardait sa vitalité, et il était peu probable qu'elle aurait atteint l'autre; malgré cela après l'extraction, on trouva une communication très petite entre l'alvéole et l'antre qui contenait du pus.

Mac-Donald, rhinologiste, affirme que la plus grande partie des cas observés dans sa pratique est associée et secondaire à une suppuration intra-nasale d'une espèce ou de l'antre et insiste sur la rareté, dans ces cas, de lésions dentaires (quatre fois seulement sur quarante environ) pouvant être regardées comme responsables du mal.

Digitized by Google

Miller, chirurgien non spécialiste, a toujours vu l'empyème associé à une molaire antérieure malade, chose dont on ne s'est aperçu qu'en extrayant la dent saine en apparence pour faire du drainage.

Dundas-Grant, qui dans le *Journ. of. Laryng. and. Rhin.* analyse ces faits, penche pour l'origine dentaire. R. L.

Un cas de maladie de l'antre d'Highmore, du sinus frontal et de la lame criblée, par Pavloff. (*Vratch.*, n° 10, 1891, *Journ. of. Lar. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Malade au lit avec 41°,8, migraine, mauvaise odeur venant du nez et accompagnée d'une sécrétion. Celle-ci durait depuis six ans, lors d'un refroidissement. Le sinus frontal droit et l'antre ouverts contenaient quelques gouttes de pus fétide et de matière caséeuse. Après l'opération, température normale pendant 24 heures; mais, le lendemain, deux nouveaux phénomènes apparurent. Comme il y avait du gonflement autour de l'œil droit, Pavloff ouvrit l'orbite et y trouva du pus qui fut enlevé; cependant les frissons et la température élevée continuèrent; il survint des crampes des muscles de la face, de l'impossibilité à déglutir, de l'inconscience; mort le troisième jour après l'opération. Malgré l'absence d'autopsie, l'auteur croit qu'il s'agit d'une affection purulente des deux sinus nasaux, aussi bien que de la lame criblée, que le pus s'étendait à travers le trou optique ou les trous de la lame criblée. Dans les cas d'affections nasales chroniques compliquées de lésions du sinus frontal, il ne faut pas nettoyer les sinus à travers leurs orifices naturels, cela peut léser les cellules de la lame criblée et peut servir de voies d'introduction des matières septiques dans le sinus (dans le cas actuel on trouva le streptococcus aureus dans les matières enlevées du sinus), il faut pratiquer avec un trépan une large ouverture. R. L.

Electrolyse en chirurgie rhino-laryngée, par Draispul. (*Vratch.* 1891 in *Journ. of Laryng.*, n° 5, 1891.)

Draispul a expérimenté chez Schnitzler, à Vienne, l'électrolyse pour les affections du nez, de la gorge, du larynx ; il conclut qu'elle agit très lentement surtout pour détruire des portions de tissu considérables. Dans une dégénérescence polypeuse partielle du cornet moyen, il fallut vingt séances de 15 à 20 minutes chacune, avec courant de 15 à 20 milliampères, jusqu'à ce que l'os atteignît son diamètre normal. Pour les petites portions de

Digitized by Google

tissus, là où il y avait abondance de liquide, résultats bons et rapides ; par exemple, dans les rhinites chroniques avec congestion intense de la muqueuse, si étendues parfois que le nez est obstrué. Bons résultats aussi pour les grosses granulations du pharynx détruites sans douleurs en une séance et ne laissant même pas une cicatrice notable. L'auteur n'eut pas de bons résultats dans trois cas de tuberculose de la muqueuse nasale, après grattage des parties malades, le courant n'ayant plus qu'à agir sur la base des tumeurs.

Un angio-sarcome de la cloison nasale, à large base, eut celle-ci détruite en quelques séances d'électrolyse et se cicatrisa bien. Une grenouillette, après quelques essais de traitement infructueux, ne guérit qu'après un changement dans la manière d'appliquer l'électrolyse, consistant à mouvoir le manche de l'électrode pendant l'opération ; les aiguilles purent ainsi se mettre en contact avec les différentes parties de la surface interne de la tumeur ; il y eut une destruction plus complète de la muqueuse. Application de l'électrolyse au larynx très difficile ; malgré de la cocaïne à 10 0/0, impossible de laisser l'instrument plus de une à deux minutes, après quoi vomissements. Résultats toujours insignifiants pour le larynx. Par contre, des verrues sur les mains et sur le nez furent guéries en trois séances. R. L.

Hypertrophie de l'amygdale pharyngée, leçon clinique, par le Dr E. Fletcher Ingals, professeur de laryngologie à Chicago. (*Hypertrophy of the pharyngeal tonsil, a clinical lecture delivered at the Bush, med. College*, October 30, 1890; *Med. News*, 21 mars, 1891.)

Notons quelques points dans les différents chapitres de la leçon. A propos de l'étiologie, le professeur F. Ingals fait observer la grande influence des fièvres éruptives et de la diphtérie sur le développement des végétations adénoïdes ; la plupart des gueules-de-loup s'accompagnent d'hypertrophie amygdalienne, ce qui contredit l'hypothèse de Macdonald, qui incrimine la raréfaction de l'air par obstruction nasale. A côté du type classique de l'enfant à la bouche éternellement entr'ouverte, il ne faut pas méconnaître l'enfant bien élevé, dressé à garder la bouche close — celui-ci soupire par intervalles, pour suppléer à l'insuffisance de sa prise d'air habituelle. Quant au traitement, le professeur F. Ingals est partisan de l'abrasion à l'aide du forceps de Lœwenberg. Chez l'enfant l'opération est faite sous chloroforme, le patient couché sur le ventre, tête basse ; dans cette attitude le sang ne peut couler dans la trachée. M. N. W.

Digitized by Google

Usages de l'électricité dans les affections de la gorge, par J. MACINTYRE. (*Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 2, 1891.)

Revue générale des moyens de produire l'électricité, des appareils en usage. Une bonne batterie Leclanché ou Daniell, d'environ 40 à 50 éléments, ou d'éléments au chlorure d'argent en moindre nombre sont ceux à préférer pour exciter les nerfs ou les muscles et pour l'électrolyse. Pour le cautère et la lumière préférer les accumulateurs rechargés par un dynamo ou la batterie au bichromate. Examen successif des moyens pour éclairer les cavités nasales et la gorge, de la galvano-caustique, de l'application de l'électricité aux tumeurs de ces régions, ainsi qu'au traitement des lésions nerveuses et musculaires du larynx et du pharynx. R. L.

Un cas de lupus primitif du pharynx, par JONATHAN WRIGHT, de Brooklyn. (*Medical News*, janvier 1892.)

OBSERVATION. — Un robuste jeune homme de 17 ans, d'origine allemande, sans antécédents morbides soit héréditaires, soit personnels, éprouve depuis six mois de la sécheresse de la gorge et un peu de dureté de l'ouïe. Le palais est trouvé normal, les piliers épaissis et parsemés de petites élevures brillantes; la luette, du volume de la phalangette du médius, est également couverte de ces granulations au point de paraître fongueuse à sa pointe. Sur les limites des régions malades, le voile du palais est un peu rouge. La paroi postérieure du pharynx porte quelques petites cicatrices. La muqueuse du nez est trouvée un peu hypertrophiée et, sur le cornet inférieur droit, on croit apercevoir quelques petits points blancs. La luette est amputée au ras du voile, et la base d'implantation cautérisée à l'aide de l'acide lactique. L'examen microscopique fit reconnaître la nature tuberculeuse de l'hypertrophie uvulaire, mais on ne trouva pas de bacilles; il s'agissait bien d'un lupus; les injections de tuberculine provoquèrent la réaction caractéristique, ce qui, d'ailleurs, fit fuir le malade. M. N. W.

Phlegmon infectieux aigu primitif du pharynx, par HOHLEIN. (*St Pétersburg, med. Woch.*, n° 2, 1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2.)

Malade de 32 ans, pris soudain de fièvre et de frisson, de difficulté à avaler, de gonflement douloureux dans le pharynx. Le lendemain issue de pus fétide; légère amélioration bientôt sui-

Digitized by Google

vie de gonflement du cou, de cardialgie, d'oppression. Le même soir gonflement des ganglions du cou tout entier, fièvre fixe (40°, pouls 104), mort. Autopsie : infiltration purulente du tissu connectif du cou; pus dans les plèvres; péricardite fibrino-purulente, érosions hémorragiques dans la muqueuse stomacale, gonflement de la rate, médiastinite séro-purulente. R. L.

Technique de la pharyngotomie sous-hyoïdienne, par APLAVIN. (*Arch. für Klin. Chir.*, B. 41; *Journ. of. Lar. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Malade de 28 ans, trachéotomisé quelques mois avant à cause de la dyspnée. Déglutition très difficile. Voix enrouée. Par la pression, il pouvait amener, de l'œsophage dans la bouche, une tumeur du volume d'un œuf, couverte par la muqueuse normale, de consistance élastique. La canule fermée, respiration bruyante. La tumeur abaissée, vue du larynx normale, repoussée en haut on ne voyait rien du larynx. Par la pharyngotomie, ligature et extirpation de la tumeur située sur la paroi postérieure du cartilage aryténoïde; blessure fermée par suture. Guérison en six mois. R. L.

Tuberculose des ganglions rétro-pharyngiens, par SOKOLOFF. (*Vratch.*, 1891, *Journ. of. Lar. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Forme très rare de lésion des glandes rétro-pharyngiennes, non décrites jusqu'ici. Comme le montrent les deux cas typiques cités par l'auteur, les symptômes ressemblent beaucoup à ceux des abcès rétro-pharyngiens, mais en diffèrent par : 1) la présence simultanée des lésions tuberculeuses des ganglions lymphatiques profonds du côté correspondant du cou; 2) la persistance de l'affection pendant des mois et 3) le fait que le gonflement rétro-pharyngien ne peut être réduit, ni par les ponctions, ni par les incisions. L'extrême rareté de la maladie dépend de l'absence ordinaire des ganglions chez les enfants plus âgés, où la tuberculose attaque très communément les lymphatiques (sur 102 lymphadénites tuberculeuses, 26,5 0/0 seulement existaient chez des enfants au-dessous de trois ans). R. L.

Abcès rétro-pharyngiens chez les enfants, par SOKOLOFF. (*Compte Rend. du 4e Congrès des méd. Russes, Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Travail basé principalement sur 40 cas d'abcès rétro-pharyngiens, et 60 de lymphadénite de la même région.

Les dépôts purulents dans l'espace rétro-pharyngien peuvent être divisés dans les groupes suivants :

Digitized by Google

1) *Simples dépôts purulents par congestion* en connexion avec différents processus inflammatoires de voisinage (phlegmon du cou, inflammation des ganglions cervicaux, périostites, parotidite). 2) *Dépôts purulents tuberculeux par congestion*, rattachés à la spondylite cervicale. 3) *Abcès rétro-pharyngiens proprement dits*, dus à des processus inflammatoires dans cet espace même, subdivisibles eux-mêmes en trois : *a*) *phlegmon traumatique* du tissu cellulaire rétro-pharyngien, causé par l'entrée directe de microbes pathogènes. *b*) *inflammation métastatique* du tissu, par microbes arrivant par la circulation (petite vérole, fièvre typhoïde, scarlatine, etc.); *c*) *lymphadénite rétro-pharyngienne suppurée* due à des microbes cheminant le long des vaisseaux lymphatiques et arrêtés dans les ganglions; c'est l'abcès rétro-pharyngien idiopathique des enfants.

L'auteur, avec Verneuil (1842), pense que l'abcès idiopathique ne forme en réalité rien d'autre qu'une inflammation purulente aiguë des ganglions rétro-pharyngiens inférieurs, au niveau de la deuxième et troisième vertèbre cervicale. Faits à l'appui :

1) Abcès presque invariablement accompagné par hypertrophie des ganglions profonds du même côté ou des deux côtés du cou. 2) Dans certains cas, cette suppuration est précédée par un processus similaire ou tout au moins un gonflement des ganglions du cou. 3) D'autres fois suppuration d'un ganglion rétro-pharyngien suivie ou accompagnée d'un gonflement d'une glande analogue symétrique sur l'autre côté de l'espace. 4) Occasionnellement, l'observation directe nous permet de tracer le passage d'un ganglion rétro-pharyngien gonflé à la suppuration. 5) La lymphadénite survient secondairement à la pharyngite de l'une ou de l'autre variété. 6) L'affection survient surtout (75 0/0) chez des enfants au-dessous d'un an et jamais au-dessus de quatre, après quoi les ganglions sont déjà atrophiés et disparus d'après les recherches de l'auteur.

La fréquence particulière dans l'enfance est rattachée à celle de la lymphadénite cervicale aiguë en général expliquée par la relativement grande fréquence, chez les enfants, d'inflammations primitives périphériques ou de traumatismes à la tête et à ses cavités.

L'affection peut être latente, sans troubles de déglutition et de respiration; examiner fréquemment avec le doigt le pharynx des enfants, surtout s'il y a hypertrophie des ganglions cervicaux profonds. R. L.

Digitized by Google

Tumeur du palais, par Page. (*Lancet*, 10 janv. 1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1891.)

Tumeur du volume d'un œuf de poule, ayant mis deux ans à croître, causant de l'obstruction pendant trois semaines, occupant l'isthme des piliers, partant du côté gauche de la gorge, impossible de voir d'où elle partait dans la profondeur ; recouverte par la muqueuse amincie, pas de signes d'ulcérations; ni d'hypertrophie ganglionnaire. Laryngotomie, énucléation avec les doigts, guérison. Pas de récidive quatre ans après. Adénomes avec cellules à aiguilles dans l'intervalle. Stephen Paget (*St Bartholomew's hosp. Reports*, 1886) a cité un grand nombre de faits semblables. R. L.

Sur la fonction de la glande thyroïde, par Canizzaro. (*Deuts med. Wochens.*, n° 9, 1892.)

L'auteur, dès l'année 1885, avait pratiqué plusieurs thyroïdectomies totales sur des chiens et des chats. Tous survécurent soit qu'il leur réintroduisît leur propre glande thyroïde, soit qu'il leur implantât celle d'un autre animal sur leur muscle sterno-hyoïdien. La glande perdait alors chaque fois son contenu colloïde et prenait une physionomie plus embryonnaire. Les animaux survivaient également quand ils étaient nourris par force au lait et qu'ils absorbaient de fortes doses de bromure de potassium (2-10gr). L'auteur peut également conserver la vie des chiens privés de leur glande thyroïde, en leur injectant sous la peau du sang concentré de chiens bien portants préparé d'une manière particulière (que toutefois il ne décrit pas). Il a obtenu les mêmes résultats des injections de sang de bœuf et de lapin, lorsque ceux-ci étaient privés depuis seulement quelques jours de leur glande thyroïdienne. Enfin il arriva au même résultat en employant en injection le suc concentré tiré de la glande thyroïde de divers animaux ou de l'écorce cérébrale de chiens bien portants.

L'auteur croit que toutes les manifestations de la maladie consécutives à la thyroïdectomie doivent être la suite de l'altération de la fonction des cellules ganglionnaires, qui est amenée par le manque total ou la trop petite quantité de sécrétion de la glande thyroïde.

Depuis quelque temps l'auteur traite également des épileptiques par une substance extraite de la glande thyroïde, et il croit ainsi pouvoir empêcher les convulsions. F. Peltesohn.

Digitized by Google

Angine de Ludwig, par Bernardo Gil. (*Corresp. med. Castill.*, 10 sept. 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1891.)

Enfant de 11 mois, souffrant d'une petite tumeur immédiatement à l'angle de la mâchoire dans la région de la glande sublinguale. La glande sous-maxillaire, le tissu cellulaire près de la bouche et la partie antérieure s'enflammèrent successivement et formèrent une masse dure dans ces régions. Température élevée, pouls fréquent. Etat de l'enfant très sérieux pendant un mois; abcès gangréneux au devant du cou et sous l'os maxillaire inférieur. Guérison.

L'auteur n'est pas tout à fait certain qu'il s'agisse d'angine de Ludwig, la souffrance ayant siégé d'abord dans la glande sublinguale au lieu de la sous-maxillaire. R. L.

Lipome sublingual congénital, par Zander. (*Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 6, 1891.)

Un jeune paysan âgé de 3 ans présentait un gonflement sublingual augmentant progressivement et noté peu après sa naissance. A l'examen toute la bouche était remplie par une tumeur molle, de la dimension d'une pomme, partant en partie de la bouche, portant la langue (normale) à son sommet ; une membrane muqueuse lisse, mais légèrement mobile, présentait çà et là d'anciennes cicatrices, la couvrait. Les dents inférieures s'étaient penchées en avant. La tumeur fut extirpée très facilement, la plaie guérit sans complications. Il s'agissait d'un fibro-lipome encapsulé. R. L.

Parotidites suppurées, par A. Zander. (*Khirürgitchesky Vestnik*, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 6, 1891.)

Série de 17 cas, 16 se rapportant à des paysans, un à une femme. 12 fois parotide droite enflammée, 4 fois la gauche, 1 fois les deux. 2 fois la maladie suivit la fièvre typhoïde, 1 fois la scarlatine, 14 fois cause inconnue, les sujets étant auparavant parfaitement bien portants en apparence. Il y eut 5 morts, 3 par septicémie, 2 par pneumonie. Les 13 autres guérirent rapidement. R. L.

Cas de cancer de l'œsophage perforant l'aorte, par Kholshewniskoff. (*Meditzinsk Prih. K'Mask. Sbern.* 1890, n° 1, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1891.)

Mort subite d'un homme de 56 ans, souffrant d'une affection maligne du gosier. A l'autopsie, à 8 centimètres au-dessus du

Digitized by Google

cardia suture de 6 cent. 1/2 de long sur 6 centimètres de large, couvert d'un détritus rouge sale. A l'angle supérieur ouverture d'un centimètre de diamètre, communiquant avec l'aorte thoracique, 4 centim. 1/2 au-dessous de l'orifice de l'aorte sous-clavière gauche.

La paroi aortique au niveau de la perforation adhérait solidement à l'œsophage ; la tunique interne se détachait. Altération des ganglions du médiastin postérieur, sang dans l'estomac. Dans la région pariétale gauche, à la partie postérieure, tumeur un peu élastique, unie, de 7 centimètres de diamètre, adhérant à la dure-mère ; comme l'ulcère de l'œsophage, c'était de l'épithélioma type. R. L.

Corps étranger de l'œsophage perforant l'aorte, par Chencinaki. (*Vratch.*, n° 41, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1891.)

Déglutition d'un fragment d'os ; hémoptysies dont la dernière foudroyante accompagnée de selles sanglantes et suivie de mort rapide. L'os fut trouvé à la bifurcation de la trachée ; à ce niveau deux ulcérations dont l'une communiquait avec l'aorte thoracique. R. L.

Diverticulum de l'œsophage, par Chavasse. (*Path. Soc.*, 29 janv. 1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1891.)

Un homme de 49 ans, très émacié, souffrant de dysphagie depuis plus de 10 ans, subit la gastrotomie et mourut 2 ans après de pneumonie et d'épuisement.

Diverticulum postérieur profond de 4 pouces à partir du cartilage aryténoïde, 3 pouces 1/2 de large, et 2 1/2 d'épaisseur ; l'orifice du diamètre d'un pouce, la capacité de 6 onces. Parois d'épaisseur égale à celles de l'œsophage, entièrement tapissées par une muqueuse. L'ouverture fermait exactement quand la poche était entièrement pleine de liquide. Pas de tumeur maligne. L'absence de tissu musculaire, excepté à l'entrée du sac, renforçait l'opinion de Zenker et v. Ziemssen, que ces diverticules postérieurs sont primitivement dus à des effets de pression et non à une défectuosité congénitale comme l'admettent certaines autorités. R. L.

Dilatation de l'œsophage, par Rumpel. (*Soc. med. de Hambourg*, déc. 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1891.)

Dilatation de l'œsophage dans son tiers inférieur. Malade de

Digitized by Google

53 ans, symptômes de rétrécissement depuis 12 ans. Pendant 10 ans, bougies appliquées chaque jour. Mort d'affection du cœur. Vingt cas identiques connus. R. L.

Affection maligne de l'œsophage avec perforation de la trachée et des bronches Mort, par G. Hunter Mackenzie. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1891.)

Obstruction de l'œsophage; mort par inanition avec phénomènes de paralysie du larynx. A l'autopsie masses dures le long de la trachée; à l'œsophage ulcération de la paroi postérieure avec plusieurs enfoncements; en avant, orifice de communication avec la bronche gauche, du diamètre d'un grain de riz. Au dessus il y avait communication entre l'œsophage et la trachée. Mort 4 mois 1/2 après le début des symptômes, ce qui est une marche rapide. R. L.

Pharyngo et œsophagoplastie, par Hacker. (*Centralbl. für Chirurgie* in *Journ. of. Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

L'auteur rapporte ses expériences sur le chien concernant des opérations plastiques de l'œsophage par déplacement de la peau du cou. Dans deux cas (Paulsen et Witzel) l'opération a été faite sur des hommes avec de bons résultats. R. L.

Les micro-organismes de la diphtérie, par A. Wilson. (*Lancet*, 9 mai 1891, in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 6, 1891.)

Critique des expériences de Klein qui n'a pu aboutir à produire des lésions dans le pharynx ou le larynx, pas plus que de la paralysie. Wilson a inoculé des cultures, produisant une dépression en tuyau dans la gélatine avec liquéfaction et la formation d'un dépôt chargé. Il s'agissait d'une culture, puis d'un petit microcoque, avec laquelle on inocula des pigeons (sous les muscles pectoraux; on reproduisit chez eux la vraie diphtérie, avec membrane exsudative et paralysie chez chacun. Le milieu alcalin ou faiblement alcalin leur convient mieux; l'acidité empêche leur croissance qui fut entravée par l'emploi de solutions d'acide borique (2 0/0); de salicylate de soude (5 0/0); peroxyde d'hydrogène (2 0/0); acide hydrochlorique (2 0/0); perchlorure de fer (2 0/0); acide lactique (1 0/0); sublimé (1/500). Rien à faire avec : chlorate de potasse (10 0/0); permanganate (20 0/0); sulfo-phénate de soude (20 0/0); acide sulfureux (5 0/0). La diphtérie est, pour Wilson, primitivement une affection constitutionnelle se manifestant localement par

Digitized by Google

l'affection de la gorge, d'où nécessité de combiner les traitements interne et local. La pilocarpine (1/25e de gramme) est utile pour détacher la membrane. Ces observations confirment celles de Dundas Grant et d'autres, sur la grande valeur de l'acide lactique au point de vue local. R. L.

Cas de diphtérie, compliqué d'érysipèle, par Pisarzeswki. (*Przeglad Lekarski*, n° 1, 1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 6, 1891.)

Chez un enfant de deux ans, atteint de diphtérie très grave avec symptômes pulmonaires on vit, treize heures après la trachéotomie, la température monter subitement à 41°,1, la condition générale et locale s'améliorant grandement ; un examen attentif montra une forte rougeur érysipélateuse de la peau du thorax. Au bout d'un jour disparition des fausses membranes du pharynx et des phénomènes pulmonaires. Erysipèle arrêté après quatre jours, canule enlevée douze jours après la trachéotomie. Guérison complète. L'érysipèle fut probablement causé par l'auteur lui-même qui avait alors un client atteint de cette affection. R. L.

Examen bactériologique de la membrane diphtéritique, par Wyatt Johnston. (*Montreal med. chir. Soc. Transact.*, 1er mai 1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 6, 1891.)

L'auteur fait allusion aux difficultés parfois existantes pour faire un diagnostic parfait dans certains cas de mal de gorge ; il soutient qu'en 24 heures la culture du bacille de Löffler peut décider n'importe quel cas. Colonies blanches, très plates, poussant concentriquement, avec légère dépression au centre. Beaucoup plus nombreuses et poussant bien plus rapidement que les autres bactéries trouvées dans la bouche, dont quelques-unes seulement peuvent être cultivées.

Le bacille diphtéritique reste limité à des lésions locales, l'infection systématique étant attribuée à la production d'une ptomaïne pénétrant dans les lymphatiques et vaisseaux sanguins.

R. L.

Digitized by Google

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

FRANCE

Pharynx et Varia.

Diphtérie à début palpébral. Croup. Mort, par Soulié. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1er septembre 1890.)

Goitre kystique suffocant, Thyroïdectomie partielle, par Guelliot. (*Soc. méd. de Reims*, in *Union méd. du Nord-Est*, septembre 1890.)

Ulcération syphilitique perforante de la paroi postérieure du pharynx. Ulcération de la carotide interne. Mort, par V. Raulin. (*Ann. de la Polyclinique de Bordeaux*, juillet 1890.)

Sur un cas de tumeur maligne de la base de l'amygdale, par G. Labit. (*Ann. de la Polyclinique de Bordeaux*, juillet 1890.)

Etude clinique sur les goitres sporadiques infectieux, par Charvot. (*Rev. de chir.*, 10 septembre 1890.)

Des diverses variétés d'amygdalites et du caractère contagieux de l'amygdalite grippale, par Dauchez. (*France méd.*, 26 septembre 1890.)

Nature et traitement de la diphtérie. par Sevestre (*Progrès méd.*, 27 septembre et 4 octobre 1890.)

Mesures prophylactiques contre la diphtérie, par G. Dujardin-Beaumetz. (*Bull. méd.*, 28 septembre 1890.)

Phlegmon aigu infectieux du pharynx et du larynx, par F. Massei. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er octobre 1890.)

Action de la levure de bière sur le développement et la virulence des bacilles typhique, charbonneux, pyocyanique, du fluorescens putidus, du micrococcus pyogenes aureus. Ses applications thérapeutiques dans la diphtérie, la fièvre typhoïde, le muguet, par E. Boinet et Roeser. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 septembre 1890.)

Identité de la diphtérie humaine et animale, par Delthil. (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 7 octobre 1890.)

De l'amygdalite, par H. Rendu. (*Mercredi méd.*, 8 octobre 1890.)

Des opérations plastiques pour remédier aux fissures palatines et de leurs résultats éloignés, par A. Pozzi. (*Gaz. méd. de Paris*, 11 octobre 1890.)

Transmission tardive d'affections croupales, par Binet. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 15 octobre 1890.)

Traitement des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse, par J.-A. Fort. (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 14 octobre et *Gaz. des hôp.*, 16 octobre 1890.)

Traité de la diphtérie. Son origine. Ses causes. Sa nature microbienne. Ses différentes médications et plus spécialement son traitement général et sa prophylaxie par les hydrocarbures non toxiques (essence de thérébentine et goudron de gaz), par E. Delthil. (Un vol. in-8° de 580 pages, avec figures noires et en couleur dans le texte, O. Doin, éditeur; Paris, 1891.)

Les varices veineuses de l'œsophage dans l'alcoolisme chronique, par M. Letulle. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 30 octobre, et *Méd. moderne*, 20 novembre 1890.)

Gommes syphilitiques des amygdales, par M. Natier. (*Ann. de la Polyclinique de Paris*, novembre 1890.)

Du gavage dans la paralysie diphtéritique du voile du palais et du pharynx, par Faguet. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 octobre 1890.)

Digitized by Google

Tic convulsif de la luette et du voile du palais, par G. Dieulafoy. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 13 novembre 1890.)

Chancre de l'amygdale, par E. Besnier. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, novembre 1890.)

Un cas d'angine gangréneuse primitive, par C. Luzet. (*France méd.*, 10 avril 1891.)

Goitre volumineux datant de 25 ans et se compliquant au bout de ce temps d'un tremblement permanent à oscillations très rapides, semblable au tremblement de la maladie de Basedow. Pas d'exophtalmie. Tachycardie transitoire, par H. Lamy. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 7; mars 1891.)

Sur un cas de pustules de la gorge, du pharynx, du nez et du larynx, par Audubert. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 avril 1891.)

Remarques cliniques et opératoires à propos de cinq observations de gastrostomie pratiquée pour cancer de l'œsophage, par F. Terrier et Louis. (*Rev. de chir.*, 10 avril 1891.)

Le champignon du muguet. Revue générale, par P. Achalme. (*Gaz. des hôp.*, 25 avril 1891.)

Epidémies de diphtérie (1890-1891), observées par E. Girat. (*Union méd.*, 25 avril 1891.)

Note préliminaire sur les effets physiologiques du suc de diverses glandes et en particulier du suc extrait de la glande thyroïde, par E. Gley. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 24 avril 1891.)

Papillome de la luette, par E. Potherat. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 9; mars-avril 1891.)

Sur la fermentation alcoolique et la transformation de l'alcool en aldéhyde provoquée par le champignon du muguet, par G. Linossier et G. Roux. (*Ann. de micrographie*, 20 avril 1891.)

De la maladie de Basedow développée sur un goitre ancien, par Lavenes. (*Thèse de Paris*, mai 1891.)

Des troubles nerveux consécutifs aux lésions du corps thyroïde, par A. Joffroy. (*Gaz. des hôp.*, 14 mai 1891.)

Deux cas d'infection pneumococcique à localisation particulière (angine et méningite à pneumocoques), par H. Rendu et P. Boulloche. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 mai 1891.)

Nouveaux faits pouvant servir à la détermination du rôle des corps thyroïdes, par Laulanié. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 15 mai 1891.)

Notes sur la diphtérie aviaire; ses rapports avec la diphtérie humaine, par P. Haushalter. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai 1891.)

Une nouvelle observation d'angine couenneuse traitée et guérie par les injections sous-cutanées de pilocarpine, par Vialle. (*Actualité méd.*, 15 mai 1891.)

Thyroïdite à pneumocoques, par Gérard Marchant. (*Arch. int. de laryng., rhin. et otol.*, mai-juin 1891.)

Angine œdémateuse suraiguë consécutive à une éruption salolée de cause interne, par A. Morel-Lavallée. (*Arch. int. de laryng., rhin. et otol.*, mai-juin 1891.)

Anomalie artérielle rétro-pharyngée, par Gellé. (*Soc. franç. d'otol. et laryngol.*, session de mai 1891.)

Des kystes du plancher de la bouche, par S. Duplay. (*Bull. méd.*, 20 mai 1891.)

Le traitement de la coqueluche, par G. Lyon. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 13 mai 1891.)

Angine streptococcienne; fusée purulente rétro-pharyngo-œsophagienne s'ouvrant dans la cavité pleurale droite; pleurésie purulente à streptocoques; empyème; mort, par V. Hanot. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 21 mai 1891.)

Digitized by Google

Angine membraneuse de la scarlatine, par H. Gillet. (*Ann. de la Polyclinique de Paris*, mai 1891.)

Deux cas de thyroïdite infectieuse, par Tavel et Kummer. Rapport, par E. Nicaise. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 20 mai 1891.)

Recherches sur le traitement de l'angine diphthéritique par les injections interstitielles dans les amygdales, le voile du palais et les ganglions du cou, par Nepveu. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 22 mai 1891.)

Sur la toxicité des urines des chiens thyroïdectomisés, Contribution à l'étude des fonctions du corps thyroïde, par E. Gley. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 22 mai 1891.)

Epithélioma du corps thyroïde, par A. Pilliet. (*Bull. de la Soc. anat. des hôp.*, 31 janvier 1891.)

Passage des éléments lymphatiques à travers l'épithélium du pharynx, par Ferré. (*Soc. d'anat. et physiol.*; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 décembre 1890.)

Modification apportée au procédé d'extirpation de tumeur de la langue, par P. Berger. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 7 janvier 1891.)

Séméiologie nerveuse de la langue, par Du Pasquier et Marie. (*Progrès méd.*, 7 et 14 février et 21 mars 1891.)

Du ténesme pharyngien, par Lennox Browne. (*Arch. de laryng., rhinol. et otol.*, février 1891.)

Contribution à l'étude de la diphthérie. De l'examen bacteriologique de la fausse membrane diphthéritique. Son importance au point de vue du diagnostic, par Perret. (*Thèse de Paris*, février 1891.)

Suture après l'ablation de la langue, par P. Berger. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 4 février 1891.)

Trois cas d'infection par le staphylocoque doré dans le cours de la coqueluche, par P. Haushalter. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er février 1891.)

Infections ganglionnaires secondaires dans la diphthérie, par C. Morel. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 1; janvier 1891.)

Epingle ayant perforé l'œsophage. Mort par infection purulente, par Dagron. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 1; janvier 1891.)

Des complications articulaires consécutives aux angines et en particulier à l'angine diphthéritique, par C. Masson. (*Thèse de Lyon*, janvier 1891.)

Fistule œsophago-trachéale congénitale, par C. Grandou. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris.*, fasc. 3; janvier 1891.)

Névralgie paludique de la langue avec ulcération, par Le Diberder. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 21 février 1891.)

Spasmes cloniques du pharynx (aérophagie hystérique), par L. Bouveret. (*Rev. de méd.*, 10 février 1891.)

Contribution à l'étude de la diphthérie, par Morel. (*Thèse de Paris*, mars 1891.)

Traitement de l'amygdalite lacunaire chronique par la discision des amygdales, par Gampert. (*Thèse de Paris*, mars 1891.)

Recherches récentes sur les effets du poison diphthéritique et sur l'immunité contre la diphtérie, par Jumon. (*Médecine moderne*, 26 février 1891.)

Note sur une altération des cellules hépatiques dans la diphthérie expérimentale, par Dubief et Bruhl. (*Comptes rendus des séances hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 27 février 1891.)

Un cas de pharyngite fibrineuse datant de deux ans, par Onodi. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1er mars 1891.)

Œsophagisme hystérique et dysphagie chez une fillette de 2 ans, par P. Haushalter. (*Médecine moderne*, 5 mars 1891.)

Phlegmon infectieux du pharynx, de l'œsophage et du larynx. Mort. Autopsie, par C. Sauvineau. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 4; février 1891.)

Digitized by Google

Note sur la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage, par H. Hartmann. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 4; février 1891.)

Polype du pharynx, par Lagoutte. (*Soc. des Sciences méd. de Lyon*, in *Lyon méd.*, 8 mars 1891.)

De la mort par la diphthérie, par P. Huguenin. (*Gaz. des hôp.*, 14 mars 1891.)

Un cas mortel de diphthérie chez un adulte, par R. Lépine. (*Province méd.*, 7 mars 1891.)

Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngée et préépiglottique (3e et 4e amygdales), par E.-J. Moure et V. Raulin. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 mars et 1er avril 1891.)

Aiguille et rugine nouvelles pour la restauration des divisions du palais et du voile du palais, par A. Le Dentu. (*Médecine moderne*, 2 avril 1891.)

Deux cas d'actinomycose de l'homme, par Doyen. (Congrès français de chirurgie, séance du 1er avril; Paris, 1891.)

Quatre observations de chancre syphilitique de l'amygdale, par C. Szadek. (*Rev. de laryg., otol. et rhinol.*, 1er avril 1891.)

Paralysie cardiopulmonaire diphthéritique isolée et d'emblée, par C. Fromaget. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, avril 1891.)

Sténoses de l'œsophage d'origine syphilitique, par Hermann. (*Thèse de Paris*, novembre 1890.)

Sur un cas de myxœdème amélioré par la greffe thyroïdienne, par P. Merklen et Ch. Walther. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 20 novembre 1890.)

Traitement inoffensif des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse linéaire combinée à la dilatation, par J.-A. Fort. (*Rev. chirurg.*, 15 novembre 1890.)

Un cas de luette double. Inflammation œdémateuse de l'organe limitée à un des lobes, par J. Charazac. (*Ann. de la Polyclinique de Toulouse*, 7 novembre 1890.)

Phlegmon infectieux du pharynx, par Culot. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 27 novembre 1890.)

Spasme rythmé du voile du palais, par A. Legroux. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 27 novembre 1898.)

Ulcération du pharynx; mort par hémorrhagie foudroyante, par Estradère. (*Soc. d'anat. et physiol.; Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 septembre 1890.)

Procédé d'uranoplastie par rotation de la cloison nasale, par Sabatier. (*Province méd.*, 11 octobre 1890.)

Le traitement de la diphthérie par la glace; rapport sur deux mémoires présentés par le Dr Bleynie, par A. Sevestre. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 4 décembre 1890.)

Coqueluche grave observée chez une enfant d'un an. Convulsions, syncopes, guérison, par L. Baumel. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, décembre 1890 et janvier 1891.)

Méthode de traitement de la tuberculose du professeur Koch, mise à la portée du grand public; traduit de l'allemand, par E. Tutzscher. (W. Hinrichsen, éditeur; Paris, 1890.)

Etiologie de la diphthérie. Revue générale, par L. Bard. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 13 décembre 1890.)

De la vaccination contre la diphthérie chez les animaux, par Behring. (*Bull. méd.*, 14 décembre 1890.)

Un cas de lordose des vertèbres cervicales, par P. Heymann. (*Arch. de laryng., rhin., etc.*, décembre 1890.)

Amygdalotomie et hémorrhagie, par E.-J. Moure. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 décembre 1890.)

Du traitement de la coqueluche, par Séjournet. (*Union méd. du Nord-Est*, décembre 1890.)

De la membrane du sac lymphatique œsophagien de la grenouille, par Ranvier. (*Acad. des Sciences*, séance du 8 décembre; Paris, 1890.)

Digitized by Google

Thyroïdectomie partielle, par A. Poncet. (*Soc. des Sciences méd. de Lyon*, 21 décembre 1890.)

Traitement de l'angine diphthéritique par les injections interstitielles de sublimé, par G. Nepveu. (*Bull. méd.*, 27 décembre 1890.)

Angine de Ludwig, par Michel. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fascicule 20; décembre 1890.)

Sur un cas de cancer de l'œsophage et du larynx traité par l'œsophagotomie externe et la trachéotomie, par M. Christovitch. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 décembre 1890.)

Sur la transmission de la diphthérie des animaux à l'homme, par J. Brusque. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 décembre 1890.)

Des complications articulaires et périarticulaires de la diphthérie, par B. Lyonnet. (*Lyon méd.*, 4 janvier 1891.)

Angine fibrineuse précoce de la scarlatine; nature, diagnostic, pronostic, traitement, par H. Gillet. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 7 janvier 1891.)

Contribution à l'étude de la galvanopuncture dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales chez les enfants, par Terson. (*Thèse de Paris*, janvier 1891.)

Contribution au traitement des corps étrangers de l'œsophage chez les enfants, par B. Polikier. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janvier 1891.)

Angines de la scarlatine, par H. Bourges. (*Thèse de Paris*, janvier 1891.)

Diphthérie et gangrène, par Girode. (*Rev. de méd.*, janvier 1891.)

Les recherches récentes sur la diphthérie. Revue générale, par R. Romme. (*Tribune méd.*, 29 janvier 1891.)

De la cachexie pachydermique, ou myxœdème, par G. Thibierge. (*Gaz. de Paris*, fasc. 10; mai 1891.)

Angine infectieuse ayant donné lieu à la paralysie du nerf phrénique et du pneumogastrique, par H. Rendu. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 28 mai 1891.)

Amygdalite infectieuse terminée par la mort, par Féréol. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 28 mai 1891.)

Thyroïdite infectieuse, par Kirmisson. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 27 mai 1891.)

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage à la suite de l'ingestion d'un liquide caustique. Guérison par l'électrolyse linéaire, par J.-A. Fort. (*Rev. chirurg. des mal. des voies urinaires*, 1er juin 1891.)

Division congénitale complète de la voûte et du voile du palais. Staphylorraphie. Guérison complète. Remarques sur le siège exact de la fissure alvéolaire, par Denucé. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 avril 1891.)

Polype fibreux de l'amygdale, développé pendant la grossesse, par Lefour. (*Soc. d'anat. et physiol.*, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 avril 1891.)

De l'hypertoxémie tardive dans la diphthérie, par H. Dauchez. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 3 juin 1891.)

Adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'œsophage, par P. Olivier. (Rouen, 1891.)

Emphysème sous-cutané, complication mortelle de la coqueluche, par Pernet. (*Bull. méd. des Vosges*, avril 1891.)

Contribution à l'étude des thyroïdites infectieuses, par Rascol. (*Thèse de Paris*, juin 1891.)

Un cas d'œdème aigu de la luette, par L. Galliard. (*France méd.*, 12 juin 1891.)

De quelques associations microbiennes dans la diphthérie, par Barbier. (*Arch. de méd. expér.*, mai 1891.)

Du goitre suffocant, par Potain. (*Bull. méd.*, 24 juin 1891.)

Contribution à l'étude des anomalies de la voûte palatine dans leurs

Digitized by Google

rapports avec la dégénérescence, par Charon. (*Thèse de Paris*, juillet 1891.)

De la conduite à tenir dans le traitement de l'angine couenneuse, par C. Eloy. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 24 juin, 1er, 15 et 29 juillet 1891.)

Des rapports du goitre simple avec la maladie de Basedow; des faux goitres exophthalmiques, par I. Bruhl. (*Gaz. des hôp.*, 25 et 29 juin 1891.)

Angines à pneumocoques, par Bardon. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 juin 1891.)

Sur une variété de stomatite diphthéroïde à staphylocoques (stomatite impétigineuse), par A. Sevestre et P. Gastou. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 2 et 9 juillet 1891.)

Les angines de la scarlatine, par H. Bourges. (*Gaz. des hôp.*, 4 juillet 1891.)

Diagnostic et traitement des kystes dermoïdes du plancher de la bouche (kystes latéraux), par Ch. Monod. (*Soc. de chir. de Paris*, seance du 1er juillet; *Méd. moderne*, 9 juillet 1891.)

Les nouveaux traitements de la coqueluche, par G. Lyon. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 24 juin 1891.)

Urticaire œdémateuse. Localisation sur la muqueuse de l'isthme du gosier, par Laveran. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9 juillet 1891.)

Paraplégie dans la maladie de Basedow, par J.-M. Charcot. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 juillet 1891.)

I. De l'innocuité de l'ablation du corps thyroïde et de la cause des accidents graves de la thyroïdectomie, par G. Arthaud et L. Magon. — II. Expériences sur la thyroïdectomie double, par C.-E. Quinquaud. — III. Sur les effets de l'extirpation du corps thyroïde. Remarques au sujet de la note de MM. Arthaud et Magon, par E. Gley. (*Comptes rendus hebd. des séances de la Soc. de biol. de Paris*, 9 et 16 juillet 1891.)

Sur un cas de sarcome de l'isthme du gosier et du pharynx, par H. Hallopeau. (*Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 9 juillet, in *Progrès méd.*, 11 juillet 1891.)

Epithéliome kystique du corps thyroïde, par A. Pilliet. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 14; juin 1891.)

Cancer de l'œsophage. Ouverture dans la bronche gauche. Cancer secondaire dans le grand droit de l'abdomen, par Martin-Durr. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 14; juin 1891.)

Traitement de l'angine phlegmoneuse, par Saint-Philippe. (*Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 16 juin; in *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 15 juillet 1891.)

Sur l'angine diphthéroïde de la syphilis secondaire. Trois observations, par A. Robin et Deguéret. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 juillet 1891.)

Contribution à l'étude des fibromes de la langue, par Dufayet de la Tour. (*Thèse de Paris*, juillet 1891.)

Kystes dermoïdes du plancher de la bouche, par Heurtaux. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 15 juillet 1891.)

Cancer de l'œsophage et gastrostomie, par Bonnet. (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*; in *Lyon méd.*, 19 juillet 1891.)

Cancer du corps thyroïde, par Porte. (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*; in *Lyon méd.*, 19 juillet 1891.)

Sur un cas de cancer de l'œsophage et du larynx, traité par l'œsophagotomie et la trachéotomie, par M. Christoitch. (*Rev. de chir.*, 10 juillet 1891.)

Nouvelle note sur les causes de la mort après la thyroïdectomie, par Arthaud et Magon. Remarques sur la note de MM. Arthaud et Magon, par E Gley. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 23 juillet 1891.)

Sur la diphtérie du pigeon, par P. Mégnin. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 23 juillet 1891.)

Digitized by Google

L'angine diphtéritique et son traitement, par Bovet. (*Pratique méd.*, 16 juin 1891.)

Rougeole grave ; angine infectieuse ; adénophlegmon du cou, par Cousin. (*Soc. d'an. et physiol.; Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 juin 1891.)

Fragment de pipe ayant séjourné cinq ans dans la langue, par Delassus. (*Soc. des Sc. méd. de Lille ; Journ. des Sc. méd. de Lille*, 29 mai 1891.

Lipome sublingual, par Folet. (*Bull. méd. du Nord*, 26 juin 1891.)

Carcinome de la base de la langue, par Guermonprez. (*Soc. des Sc. méd. de Lille; Journ. des Sc. méd. de Lille*, 26 juin 1891.)

Chancre de l'amygdale. Manifestations secondaires multiples, par de Molènes. (*Ann. de derm. et syphil.*, 25 mai 1891.)

Angine diphtéritique ; hypertoxémie tardive et mort subite, par Chandèze. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 5 août 1891.)

Du traitement actuel du cancer de la langue, par Grellety. (*Thèse de Bordeaux*, 1891.)

Chancres de la lèvre et de l'amygdale, par C. Mauriac. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 août 1891.)

Note sur un nouveau traitement de la diphthérie, par Catuffe. (*France méd. et Paris méd.*, 21 août 1891.)

Les kystes de la voûte du pharynx, par V. Raulin. (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 1er septembre 1891.)

Bulletin de la Société de médecine de Rouen. (2e série, vol. 4 ; Rouen, 1891.)

Diphthérie et créosote. Une médication préventive de la broncho-pneumonie survenant après la trachéotomie, par M. Soupault. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, septembre 1891.)

De la palatoplastie, par Polaillon. (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 1er septembre 1891.)

Erythème eczémateux à la suite de pansements au salol, par A. Cartaz. (*Arch. de lar., rhin., otol.*, septembre-octobre 1891.)

Étude sur les électro-thermocautères, par Cheval. (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1er octobre 1891.)

Traitement de la diphthérie, par Grancher. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 octobre 1891.)

Traitement curatif et hygiénique des angines non diphthéritiques, par André Martin. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 1er octobre 1891.)

Traitement de la diphthérie, par E. Gaucher. (*Méd. moderne*, 1er octobre 1891.)

Sur un cas d'anévrisme spontané de l'artère thyroïdienne inférieure, par Brousses. (*Rev. de chir.*, 10 septembre 1891.)

Goitre parenchymateux charnu. Enucléation: guérison, par M. Hache. (*Rev. de chir.*, 10 septembre 1891.)

Quelques phénomènes peu communs dans la maladie de Graves, par Bonnet et Bourdillon. (*Ass. franç. pour l'avancem. des Siences ;* Congrès de Marseille, septembre 1891.)

De la paralysie du voile du palais dans l'ataxie locomotrice, par Schnell. (*Ass. franç. pour l'avanc. des Sciences ;* Congrès de Marseille, septembre 1891.)

Traitement de l'angine diphthéritique par le cyanure de potassium, par de Ruelle (*Ass. franç. pour l'avanc. des Sciences;* Congrès de Marseille, septembre 1891.)

La syphilis de la langue, par Du Castel. (*Union méd.*, 26 septembre 1891.)

De la diphthérie et de son caractère bacillaire au point de vue du traitement, par Jacques. (*Ass. franç. pour l'avanc. des Sciences;* Congrès de Marseille, 18 septembre 1891.)

Remèdes contre la coqueluche, par Chavernac (*Ass. franç. pour l'avanc. des Sciences ;* Congrès de Marseille, 23 septembre 1891.)

Digitized by Google

Le traitement de la coqueluche, par Lopès de Almeida. (*Bull. gén. de thérap.*, 8 octobre 1891.)

Du traitement de la diphtérie par les irrigations salicylées, par Parisot. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 septembre 1891.)

Isolement ou antisepsie dans la diphthérie, par R. Couëtoux. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 9 septembre 1891.)

Traitement de l'amygdalite aiguë par la scarification et le massage, par Debeaux. (*Thèse de Montpellier*, 1890-91.)

Contribution à l'étude des tumeurs du voile du palais, par Leclerc. (*Thèse de Montpellier*, 1891.)

Étude sur les abcès rétro-pharyngiens, par Lafont. (*Thèse de Montpellier*, 1891.)

Contribution à l'étude étiologique de la diphthérie, par Zaleski. (*Thèse de Montpellier*, 1891.)

Vaste abcès rétro-pharyngien sans fluctuation, par Senoble. (*Poitou méd.*, 1er juillet 1891.)

Coqueluche et stomatite ulcéro-membraneuse; scrofule et rougeole, par Descroizilles. (*Mercredi méd.*, 30 septembre 1891.)

Un cas d'enveloppement total de la luette dans une membrane s'étendant d'une amygdale à l'autre, par Solis Cohen. (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 octobre 1891.)

Note sur un cas d'uvulite tuberculeuse, par Ragoneau. (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 15 octobre 1891.)

Traité de chirurgie. Face, lèvres, cavité buccale, gencives, langue, palais et pharynx, par A. Broca. Plancher buccal, glandes salivaires, œsophage et larynx, par H. Hartmann. Corps thyroïde, par A. Broca. (Tome V, G. Masson, éditeur, Paris, 1891.)

De quelques usages de l'antipyrine, par B. Martin. (*Union méd.*, 20 octobre 1891.)

Opération radicale de la grenouillette, par Félizet. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 21 octobre 1891.)

Contagion de l'amygdalite aiguë, par Dubousquet-Laborderie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 1er novembre 1891.)

Notes : 1° sur le traitement de Gaucher à propos des paralysies diphthéritiques; 2° sur la contagion de la diphthérie animale à l'homme, par Dubousquet-Laborderie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 1er novembre 1891.)

De la naphtaline contre la coqueluche, par Chavernac. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 octobre 1891.)

Contribution à la pathologie des processus tonsillaires inflammatoires, par A. Sokolowski et L. Dmochowski. (*Arch. int. de laryng., rhin. et otol.*, novembre-décembre 1891 et janvier-février 1892.)

Contagion de l'amygdalite aiguë, par Richardière. (*Semaine méd.*, 2 septembre 1891.)

Note sur un cas de récidive de coqueluche, par P. Le Gendre. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, novembre 1891.)

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière, par Gilles de la Tourette. Préface de J.-M. Charcot. Hystérie normale ou interparoxystique. (Un vol. de 580 pages avec 46 figures dans le texte, E. Plon, Nourrit et Cie, éditeurs; Paris, 1891.)

De la gastrostomie dans le rétrécissement fibreux de l'œsophage et en particulier de la gastrostomie sans obturateur et sans sonde à demeure, par J. Lafourcade. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 14 novembre 1891.)

Hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie et à l'extraction dentaire, attribuées à la cocaïne, par Buisseret. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 novembre 1891.)

Contribution à l'étiologie du goitre, par Frœlich. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 novembre 1891.)

Digitized by Google

De l'énucléation intraglandulaire des goitres solides, par Chamozzi. (*Thèse de Paris*, décembre 1891.)

Des polypes de l'amygdale, par F. Lejars. (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1891.)

Sur les paralysies diphthéritiques et sur le traitement dit de Gaucher, par A. Martin. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 1er décembre 1891.)

Syphilis secondaire de l'amygdale linguale, par Labit. (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1er décembre 1891.)

Contagion de l'amygdalite aiguë, par Baratoux. (*Pratique méd.*, 6 octobre 1891.)

Un cas d'hémorrhagie aiguë (apoplexie) de la luette, par Le Jeune. (*Gaz. des hôp.*, 3 décembre 1891.)

De la soudure complète du voile du palais au pharynx de nature scrofuleuse, par Lavrand. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 16 octobre 1891.)

La diphthérie en 1890-91 ; le traitement par la glace ; l'intubation du larynx à l'hôpital de la Conception de Marseille, par Dastros. (*Marseille méd.*, 15 et 30 septembre 1891.)

De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage ; nouvelle technique opératoire, par M. Tillier. (*Thèse de Lyon*, novembre 1891.)

Traitement du goitre exophthalmique par la faradisation, par A. Vigouroux. (*Gaz. des hôp.*, 1er et 10 décembre 1891.)

Des ulcérations de la langue, par A. Fournier. (*France méd.*, 11 et 18 décembre 1891.)

Notes pour servir à l'histoire de la dissémination de la diphthérie, par P. Lacour. (*Bull. méd. du Dispens. gén. de Lyon*, décembre 1891.)

De la contagiosité et des complications pleuropulmonaires dans les angines aiguës, par Constantinescu. (*Thèse de Paris*, décembre 1891.)

Goitre parenchymateux suffocant ; énucléation. Guérison sans accidents tardifs, par M. Cristovitch. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 décembre 1891.)

Maladie de Basedow avec myxœdème, par P. Sollier. (*Rev. de méd.*, 10 décembre 1891.)

I. Sur les fonctions du corps thyroïde. — II. Note sur les fonctions de la glande thyroïde chez le lapin et chez le chien, par E. Gley. (*Comptes rendus hebd. de la Soc. de biol. de Paris*, 25 décembre 1891.)

Epithélioma de l'œsophage à marche rapide, par J. Girode. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 21 ; novembre-décembre 1891.)

A propos du traitement de la diphthérie, par H. Barbier. (*France méd.*, 1er janvier 1892.)

Goitre chez un nouveau-né, par Lyonnet. (*Soc. des Sc. méd. de Lyon* ; in *Lyon méd.*, 20 décembre 1891.)

Deux cas d'allongement avec déchirure partielle de la luette, par Goebel. (*Arch. de méd. milit.*, octobre 1891.)

La fièvre aphteuse des vaches laitières et la stomatite aphteuse chez les enfants, par A. Ollivier. (*Rev. des mal. de l'enfance*, janvier 1892.)

Les amygdalites aiguës, par Sallard. (*Thèse de Paris*, janvier 1892.)

Du spasme de l'œsophage, par Legendre. (*Thèse de Bordeaux*, décembre 1891.)

Contribution à l'étude de l'hémiatrophie linguale, par Chabanne. (*Thèse de Bordeaux*, décembre 1891.)

Purpura et érythème papulo-noueux au cours d'une amygdalite à streptocoques. Discussion pathogénique, par P. Le Gendre et P. Claisse. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 janvier 1892.)

Erysipèle à début insolite caractérisé par une glossite intense ; guérison, par H. Rendu. (*France méd.*, 15 janvier 1892.)

Du tissu angiothélial des amygdales et des plaques de Peyer, par E. Retterer. (*Comptes rendus hebd. des séances de la Soc. de biol. de Paris*, 15 janvier 1892.)

Digitized by Google

Sur une variété peu connue d'angine phlegmoneuse. Périamygdalite linguale phlegmoneuse; phlegmon sous-muqueux de la base de la langue, par A. Ruault. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, janvier-février 1892.)

L'infection dans les amygdalites aiguës. Revue générale, par C. Eloy. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 27 janvier 1892.)

Lupus de la gorge, par Cognacq. (*Soc. d'anat. et physiol.*; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 décembre 1891.)

Le diagnostic des angines dans l'enfance, par J. Simon. (*Semaine méd.*, 13 janvier 1892.)

Goitre kystique, par Faguet. (*Soc. d'anat. et physiol.*; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 décembre 1891.)

Des perforations syphilitiques de la voûte palatine, par S. Duplay. (*Mercredi méd.*, 3 février 1892.)

Les traitements de la coqueluche, par H. Gillet. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 10 février 1892.)

Tuberculose aiguë de la langue. Eczéma de la langue. Gomme du palais, par E. Besnier. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 février 1892.)

Prophylaxie de l'influenza par l'antisepsie buccale, par Laborde. (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 9 février 1892.)

Fistules branchiales. Rapport de P. Berger sur deux observations de Février. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 3 février 1892.)

Diagnostic des syphilides de la langue, par Du Castel. (*Union méd.*, 11 février 1892.)

L'actinomycose en Flandre, par Guermonprez et Augier. (*Gaz. des hôp.*, 11 février 1892.)

Fistules branchiales à paroi complexe; gaine musculaire striée; glandules et diverticules; déductions thérapeutiques, par F. Lejars. (*Progrès méd.*, 13 février 1892.)

Fistule adhyoïdienne, par Robert. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 10 février 1892.)

Extirpation complète de la langue pour un cancer, par E. Quénu. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 10 février 1892.)

Vitiligo et leucoplasie buccale, par Du Castel. (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, séance du 11 février; *Bull. méd.*, 14 février 1892.)

Tuberculose primitive et isolée du pharynx, par L. Jullien. (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, séance du 11 février; *Bull. méd.*, 14 février 1892.)

De l'enucléation intraglandulaire des goitres (strumectomie), 24 observations inédites, par L. Fontaine de Prelle. (*Thèse de Lyon*, janvier 1892.)

Du traitement de la diphthérie par le sulfure de calcium, par S. Jaulmes. (*Thèse de Lyon*, janvier 1892.)

Contribution à l'étude des érythèmes infectieux, en particulier dans la diphthérie, par Mussy. (*Thèse de Paris*, février 1892.)

Syphilis secondaire anomale et maligne, à forme tuberculo-ulcérante gangréneuse, par E. Besnier. (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, séance du 11 février; *Bull. méd.*, 14 février 1892.)

La stomatite mercurielle d'après les travaux récents. Revue critique, par G. Lyon. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 17 février 1892.)

Digitized by Google

NOUVELLES

La *Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie* se réunira pour la première fois à *Rome* vers la mi-octobre 1892. Les sujets qui ont été proposés pour la discussion par le Comité directeur, sont :

1° Phases, nature et traitement des papillomes du larynx ; *rapporteur*, Prof. F. Massei, de Naples ;

2° Importance diagnostique de la perception des sons par la voie crânienne et aérienne dans les maladies de l'oreille ; *rapporteur*, Dr C. Corradi, de Vérone ;

3° Diagnostic et traitement des affections des sinus annexes des cavités nasales ; *rapporteur*, Dr G. Strazza, de Gênes.

Les titres des communications doivent être envoyés jusqu'au 31 août prochain à la Direction d'un des journaux suivants : *Archivi italiani di laringologia*, 4, piazza Municipio, Naples. — *Archivio internaziole delle specialità medico chirurgiche*, strada S. Anna di Palazzo, 1, Naples. — *Bollettino delle malattie dell Orecchio, della gola e del naso*, Borgo dei Greci, 8, Florence.

Les communications suivantes ont été faites à la *Société d'otologie allemande*, qui s'est réunie à Francfort-sur-Mein le 17 avril dernier.

Coup d'œil sur l'otologie d'après des observations parues dans les encyclopédies de Hirsch et Virchow de 1866 à 1890, par Lucae (Berlin). — I. Atrésie totale du voile du palais. II. Rhinolithes, par Kuhn (Strasbourg). — Thrombose des sinus, par Jansen (Berlin). — Massage de la muqueuse nasale, par Laker (Graz). — Néoplasie et méthode de traitement de l'otite scarlatineuse, par Moos (Heidelberg). — De la surdité sensorielle, par Barth (Marburg). — Parésie du nerf acoustique, par

Digitized by Google

Rohrer (Zürich). — Causes et prophylaxie de la surdi-mutité, par Lenke (Rostock). — Traitement par la pilocarpine, par Schubert (Nuremberg) et Eulenstein (Francfort-sur-Mein). — Sur le liquide labyrinthique, par Asher (Heidelberg). — Progression des affections de l'oreille moyenne par le canal carotidien dans la cavité intra-crânienne, par Koerner (Francfort-sur-Mein). — Indications de la paracentèse de la membrane de Shrapnell, par Vohsen (Francfort-sur-Mein). — Signification de la paroi résonnante pour l'épreuve de l'ouïe, par Dennert (Berlin) — Présentations d'instruments, par Lucae (Berlin). — Instruments pour les végétations adénoïdes, par Schutz (Mannheim). — Présentation d'un nouvel acoumètre, par Levi (Haguenau). — Présentation de séquestres et de moulages en plâtre de maxillaires supérieurs, dégénérés à la suite de gêne de la respiration nasale, par Koerner (Francfort-sur-Mein). — Présentation d'accumulateurs, par Seligmann (Francfort-sur-Mein). — Présentation de quelques malades opérés par la méthode de Stacke, par Vohsen (Francfort-sur-Mein). — Présentation d'une malade à laquelle une balle de revolver fut extraite du rocher, par Wolf (Francfort-sur-Mein).

Nous lisons, dans la *Berliner Klinische Wochenschrift*, que le Dr T. Heryng, de Varsovie, a refusé le poste de professeur extraordinaire de laryngologie, qui lui avait été offert à Innsbruck.

Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 3 JUIN

Une observation de granulations adénoïdes chez un enfant de six semaines, par Astier. — Recherches sur les causes anatomiques de la déviation de la cloison nasale. Existe-t-il un rapport entre cette déviation et l'inflexion antéro-postérieure de l'axe de la face? par Potiquet. — Note sur les sthétoscopes à renforcement, par Marage. — Observation de syphilis pharyngo-laryngée, par Cartaz. — Corps étrangers de l'arrière-gorge et pharyngo-mycoses, par de Nabias et Sabrazès. — Nodules des chanteurs. Étude histologique, par Sabrazès et Fréché. — Présentation d'instruments pour l'intubation avec tube fenêtré, par Lichtwitz.

Vin de Chassaing. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Digitized by Google

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

Grains de Céber. Poudre Manuel. Granules ferro-sulfureuses Thomas

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Des végétations adénoïdes du pharynx, par A.-A. Foucher. (Extrait de l'*Union méd. du Canada,* mars 1892.)

Ein Beitrag zur Frage der differential-diagnostischen Bedeutung der Prüfung der Gehörfunction mit der Stimmgabel (Contribution à l'étude de la valeur au point de vue du diagnostic différentiel de l'examen de la fonction auditive au moyen du diapason, par V. Krzywicki. (Tirage à part de la *Berl. klin. Woch.*, n° 12, 1892.)

Ein Fall von multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks mit Intentionstremor der Stimmbänder (Un cas de sclérose multiple du cerveau et de la moelle épinière accompagnée de tremblement intense des cordes vocales, par v. Krzywicki. (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch*, n° 12, 1892.)

Digitized by Google

A very irregular foreign body in the alimentary tract safely voided unter the *potato* treatment (Corps étranger très irrégulier du canal alimentaire expulsé, par le traitement par les pommes de terre, par J. Solis Cohen. (Extrait du *Med. News*, 8 août 1891.)

The Symptoms and Pathological Changes in the upper air passages in Influenza (Troubles des voies aériennes supérieures dans l'influenza, par J. Solis Cohen (Extrait du *N. Y. med. Journ.*, 26 mars 1892.)

A case of tracheotomy for multiple neoplasms of the larynx (Un cas de trachéotomie pour des néoplasmes multiples du larynx, par J. Solis Cohen. (Extrait des *International Clinics*, janvier 1892.)

Die Neurosen und Reflexneurosen des Nasenrachenraumes (Névroses et névroses réflexes de la cavité naso-pharyngienne, par E. Baumgarten. (*Volkmann's Sammlung klin. Vortrage*, n° 44, Leipzig, 1892.)

Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par E.-J. Moure. (Brochure de 24 pages, O. Doin, éditeur, Paris 1892.)

Cyst of the middle turbinated bone (Kyste du cornet moyen, par C.-H. Knight. (Extrait des *International Clinics*, janvier 1892.)

Cyst of the middle turbinated bone (Kyste du cornet moyen, par C.-H. Knight. (Extrait du *N. Y. med. Journ.*, 19 mars 1892.)

Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes (Sur la conductibilité centripète du nerf laryngé inférieur et la position pathologique médiane de la corde vocale, par H. Krause. (Tirage à part de la *Berliner klin. Woch.*, n° 20, 1892.)

Zur Frage der Localisation des Kehlkopfes an der Grosshirnrinde (Contribution à la localisation du larynx à l'écorce grise du cerveau, par H. Krause. (Tirage à part de la *Berliner klin. Woch.*, n° 25, 1890.)

De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire, par F. Chabory. (Brochure de 60 pages, G. Steinheil, éditeur, Paris 1892.)

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 58.6.92.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

A PROPOS DES RAPPORTS DES MALADIES DU NEZ AVEC LES MALADIES DES YEUX

Par le Dr ZIEM (de Danzig).

Dans la récente publication du Dr E. Berger, de Paris, sur les rapports des maladies des yeux et du nez, il y a, à propos de mes opinions, tellement d'erreurs qu'il m'est impossible aujourd'hui de répondre à tout. Aussi me contenterai-je de rectifier quelques-unes des affirmations des plus erronées, entre autres celles qui se rapportent à la pathogénie de certaines formes de strabisme et d'astygmatisme et à l'explication du rétrécissement du champ visuel consécutif aux maladies du nez ou des sinus voisins.

A propos du *strabisme* et de l'*astygmatisme*, M. Berger s'exprime ainsi : « Si l'ethmoïde se développe d'une façon insolite dans le sens transversal, la distance entre les deux orbites devient exagérée, l'effort des muscles droits internes ne suffit plus à produire la convergence. Dans d'autres cas il s'établit du strabisme divergent ; quand l'ethmoïde atteint un développement excessif, la forme de l'orbite est anormale et il peut en résulter de l'astygmatisme cornéen ; ce fait a été surtout établi par les remarquables travaux de M. Bresgen. »

Je suis parfaitement d'accord avec M. E. Berger, quand il dit que cette pathogénie s'applique à beaucoup de formes

Digitized by Google

de strabisme et d'astygmatisme, et je regrette qu'il n'ait pas jugé à propos de mentionner que l'auteur de cette théorie était non M. Bresgen, mais moi-même : car dans un travail sur l'asymétrie du crâne à la suite de maladies du nez, publié il y a neuf ans, où j'avais recueilli les théories émises sur le développement asymétrique jusqu'à ce jour, j'ai donné les explications suivantes : « dans une quantité de cas aucune des conditions de développement asymétrique du crâne connues jusqu'ici ne peut être retrouvée, et M. Sommer avoue franchement que les recherches instituées jusqu'à ce jour ne suffisent pas à en éclaircir la pathogénie. Or, depuis 1879, et avant que l'attention eût été attirée sur cette question par le travail de Welcker, de Halle, sur l'asymétrie du nez et du squelette nasal, et par l'ouvrage de Zuckerkandl sur l'anatomie du nez, j'ai observé dans environ 50 cas d'asymétrie du crâne et de la face simultanément, une obstruction chronique d'une des fosses nasales presque toujours complète ou à peu près, et causée 8 fois par une forte déviation de la cloison ; 42 fois par un gonflement excessif de la muqueuse nasale. »

Bien que je n'aie pas entrepris des mensurations exactes, l'inégalité des deux moitiés du visage dans ces cas était si frappante pour tout œil exercé à cet examen, qu'il n'y avait pas de difficulté à montrer, soit aux parents des malades, soit à ces derniers, au moyen d'un miroir, combien, du côté de l'obstruction nasale, la joue était aplatie, l'orbite éloignée, l'œil retiré dans l'orbite et la fente palpébrale rétrécie. Mais comme ces observations recueillies sur l'homme ne me permettaient pas de décider si l'obstruction unilatérale du nez et l'asymétrie de la face étaient en relation l'une avec l'autre, je crus devoir recourir à des expériences sur des animaux, que je commençai en 1879 et que je continuai en 1882; pour obtenir une obstruction chronique, je choisis des lapins très jeunes, dans la période de croissance, auxquels, à l'aide d'un tampon d'ouate, je bouchai un des côtés du nez. Le tampon fut maintenu pendant plusieurs semaines ; le gonflement et la suppuration qu'il provoqua firent naître des conditions d'expérimentation analogues aux conditions de dévelop-

Digitized by Google

pement du coryza chronique chez l'homme. Au bout de 6 à 8 semaines, on pouvait constater, soit à l'œil nu, soit à l'aide de projections géométriques dessinées avec le dioptre de G. Lucae, de Francfort-sur-Mein, que du côté bouché, l'os incisif et la suture sagittale étaient déviés, que l'os nasal, l'os frontal et la lame horizontale du palatin étaient plus courts, le processus alvéolaire moins élevé; la distance entre la surface antérieure de la bulle osseuse de l'organe auditif et l'apophyse alvéolaire, ainsi qu'entre l'arcade zygomatique et le bord sus-orbitaire (c'est-à-dire la hauteur de l'orbite) était plus petite, les canaux des vaisseaux et des nerfs plus étroits et situés moins symétriquement que du côté nasal libre. Il me semble donc que ces expériences ont prouvé sans contestation que, dans nombre de cas, l'asymétrie du crâne et de la face était en rapport avec une obstruction chronique du nez.

Dans une série de coupes frontales de la tête dessinées dans l'ouvrage de Zuckerkandl, il y a de l'asymétrie, non seulement quant au développement des fosses nasales et des ethmoïdes, mais aussi du côté de la distance entre les orbites et la ligne médiane, ce qui est d'autant plus frappant, si l'on compare le plan construit sur ces parties par M. Henke. Il est clair que dans ces cas l'effort des muscles droits internes, pour faire converger les globes vers la ligne médiane, diffère des deux côtés, de sorte que l'asthénopie et le strabisme puissent en être la conséquence. Cet état consécutif à l'asymétrie du crâne a déjà été décrit en 1869, par M. de Hasner, mais la cause de l'agrandissement d'une moitié de la tête n'a été expliquée ni par cet auteur, ni par M. Schneller, qui a aussi observé une hypoplasie d'une des fosses orbitaires dans maints cas de strabisme. Dans une partie des cas d'asymétrie du nez et de la face que j'ai observés, j'ai constaté également du strabisme soit convergent soit divergent.

Comme le diamètre transversal du plancher orbitaire qui compose en même temps le toit du sinus maxillaire est proportionnel à la distance entre les parois maxillaires latérale et médiane, il est nécessaire que l'asymétrie du sinus maxil-

Digitized by Google

laire soit suivie de celle de l'orbite, ce qui a été constaté par M. Welcker 21 fois sur 37 crânes présentant une asymétrie du squelette nasal. La forme variable de l'une et de l'autre orbite est bien marquée dans les figures 1 et 2 de la monographie de Welcker. Or, si l'orbite et l'œil, en raison des lois de croissance du crâne et du cerveau exercent une influence de formation mutuelle l'une sur l'autre, il est inévitable que le développement asymétrique de l'orbite soit suivi d'asymétrie de l'œil dans ses divers méridiens, c'est-à-dire d'astygmatisme : aussi M. Donders et d'autres auteurs ont-ils constaté dans beaucoup de cas la coïncidence d'asymétrie de la face avec l'astygmatisme et, dans ma clientèle, j'ai vu assez souvent l'asymétrie de la face, des orbites et de l'œil, l'astygmatisme, unis à une obstruction chronique du nez.

« Les asymétries et les scolioses de la face et du crâne, avec leurs conséquences, pourront souvent être évitées quand le rôle important des coryzas chroniques dans leur pathogénie sera connu de tout le monde. »

En résumé, j'ai montré, dans ce travail, qu'à la suite d'une obstruction chronique du nez il peut se développer, chez les animaux, l'asymétrie de l'orbite et, chez l'homme, l'asymétrie de l'orbite, le strabisme et l'astygmatisme.

Quel est le rôle de M. Bresgen dans tout cela ? M. Berger a-t-il eu raison de supposer, de la part de ce dernier, l'existence d'un travail original ? Nullement, car M. Bresgen, qui n'est pas oculiste, a simplement analysé mon travail avec tant d'exactitude, que je ne me souviens pas d'avoir trouvé dans la littérature plus d'efforts sérieux pour assurer le succès d'un travail et la considération de son auteur. Mon travail a été cité si fréquemment par M. Bresgen que l'oubli de M. Berger de le signaler serait inexplicable si je ne savais pas que le mot de Senèque « multum egerunt qui ante nos fuerunt » n'est pas dit pour tout le monde.

A propos des troubles oculaires qui se développent consécutivement aux affections du sinus maxillaire, M. Berger dit : « M. Ziem admet que le pus, en se collectant dans le sinus maxillaire, peut entraîner l'ectasie de ce sinus ; il considère le rétrécissement du champ visuel comme très vrai-

Digitized by Google

semblablement causé par la compression exercée sur le nerf optique par la paroi supérieure du sinus devenue ainsi proéminente. » Cette manière de voir est attaquée par M. E. Berger, et à bon droit ! Car il ne s'agit ici de la part de M. Berger que de véritables produits de son imagination. Ce ne sont en réalité que des moulins de Don Quichotte contre lesquels il lutte; les mots suivants cités par Berger, à l'appui de son affirmation, comme émis par moi « *durch eine Citeransammlung in der letzteren und eine Ectasie des Sinus ein Druck auf den an der oberen Wand desselben vorlaufenden Nervus opticus zu Stande kommen könne, ist allerdings wahrscheinlich* » n'ont point de rapport avec les affections du sinus maxillaire, mais seulement avec celles du sinus sphénoïdal et M. Berger en a rompu la liaison avec le texte précédent. J'avais dit ce qui suit : « *Es sei hier erwaohnt, dass auch eine Einschraenkung des Gesichtsfeldes zur differential Diagnose zwischen einer Eiterung der Kieferhoehle und einer solchen der Keilbeinhoehle nur mit Vorsicht zu verwenden ist. Dass durch eine Eiteransammlung in der letzteren und eine Ectasie des Sinus... warhscheinlich.* Tout le monde sera d'avis que dans la phrase « *Durch eine Eiteransammlung*, etc. » il s'agit seulement du sinus sphénoïdal.

L'interprétation que j'ai donnée à plusieurs reprises de la pathogénie du rétrécissement du champ visuel est qu'à la suite de l'engorgement des veines ethmoïdales sous-orbitaires et naso-frontales il s'établit une hypérémie collatérale, un refoulement du sang vers les veines de l'orbite et du globe, surtout vers les procès ciliaires caverneux et par conséquent une tension exagérée dans l'intérieur de l'œil, de sorte qu'à la fin il résulte un trouble de la circulation rétinienne et une influence funeste sur le tissu nerveux. Que la stase ne s'y compense pas au moyen d'une circulation collatérale comme on le voit dans les stases marquées d'autres parties du corps, cela s'explique par ce fait que par l'obstruction nasale, la puissance aspiratrice des poumons est très amoindrie et par conséquent le moteur principal de la circulation veineuse n'agit pas ou agit très insuffisamment. Cette opinion est

Digitized by Google

certainement plus rationnelle que celle qui m'a été imputée par M. Berger, sa justesse se vérifiera tôt ou tard, mais pour la défendre avec succès contre la théorie réflexe émise par M. Berger, j'ajouterai les remarques suivantes.

Le rétrécissement du champ visuel à la suite d'affections nasales est produit, pour Berger, ou par une affection du nerf optique secondaire à un processus pathologique propagé du nez vers la cavité sphénoïdale ou par un réflexe produit par l'irritation des organes terminaux du trijumeau nasal. Je n'ai pu m'assurer si dans sa dernière monographie il admettait toujours comme en 1890, pour la transmission de son réflexe, l'intermédiaire du centre vasculaire du plancher du quatrième ventricule ou bien si le réflexe devait, par l'intermédiaire des noyaux et centres nerveux, intéresser plutôt le nerf optique lui même, par analogie avec ce que l'auteur croit vraisemblable pour la pathogénie du blépharospasme et du spasme de l'accommodation dûs à des affections de cause nasale. Pour établir le diagnostic différentiel d'une affection essentielle du nerf optique ou d'un trouble réflexe, M. Berger recommande comme un moyen très simple d'injecter une solution de cocaïne dans les fosses nasales et de faire une injection hypodermique de morphine qui feraient disparaître ou s'amender pendant un certain temps les symptômes oculaires de cause réflexe. Mais dans un travail antérieur publié en 1888, j'attirai l'attention sur une observation de M. Markwart signalant le développement d'un accès aigu de glaucome à la suite de badigeonnages réitérés de cocaïne sur la muqueuse nasale et je fis remarquer que le refoulement du sang en dehors des corps caverneux du nez engorgés avait provoqué une congestion intense du corps ciliaire, c'est-à-dire des tissus érectile et dilatable qui semblent jouer, dans la pathogénie du glaucome, un rôle des plus importants. Bien que la structure caractéristique des tissus érectiles tels que ceux des organes génitaux, de la muqueuse nasale, de la rate chez l'homme, de la crête et du peigne des oiseaux, c'est-à-dire l'existence de muscles organiques et fibres lisses entourant les lacunes veineuses et les désemplissant par leurs contractions, n'ait pas été encore constatée aux procès ciliaires,

Digitized by Google

il n'y a pas de doute que le glaucome ne soit l'analogue du priapisme et de l'engouement des précédents organes caverneux, c'est-à-dire l'érection extrême des procès ciliaires, soit par dilatation active des vaisseaux artériels, soit par relâchement ou parésie des lacunes veineuses de sorte que, l'afflux du sang continuant et n'ayant pas de décharge, une stase extrême en résulte. C'est ainsi que dans le fait rapporté par M. Markwart, une hypérémie chronique du corps ciliaire, préexistant vraisemblablement depuis un certain temps a été augmentée par le refoulement cocaïnique de la muqueuse nasale et finit par faire éclater l'accès de glaucome. Le procédé recommandé par Berger peut, dans des cas semblables, devenir très dangereux et, au lieu d'agrandir le champ visuel rétréci, peut augmenter encore ce rétrécissement et donner naissance au glaucome. En présence de ce fait, M. Berger devra admettre que le champ visuel peut non seulement être rétréci par une affection essentielle du nerf optique ou par un trouble réflexe mais aussi par un trouble de circulation dans l'intérieur du globe lui-même, et l'observation de M. Markwart ne s'explique ni par la théorie de Hack ni par celle de son élève E. Berger, car l'irritation présumée des organes terminaux du trijumeau nasal n'a pas été diminuée, mais plutôt exagérée par les badigeonnages de cocaïne ; il est donc impossible de parler ici d'un glaucome réflexe comme il est inadmissible de songer à un trouble réflexe dans les observations récentes de MM. Luc et A. Martin, où la cocaïnisation de la muqueuse nasale a donné naissance à une anosmie plus ou moins complète qui s'explique très facilement par une congestion collatérale dans les parties supérieures du nez, le sang ayant été refoulé de bas en haut.

Je renonce à profiter ici de ces deux faits observés, le premier par moi, en 1879, l'autre, par M. Berger, en 1886, ce dernier décrit en détail par lui avant le mien et dans lesquels les troubles oculaires se sont développés à la suite de l'application du galvano-cautère sur la muqueuse nasale, car dans ces deux faits on ne peut nier que le rétrécissement du champ visuel peu marqué du reste, n'ait pas existé avant les opérations puisqu'on n'avait pas fait d'examen préalable et

Digitized by Google

par conséquent ces faits pourraient tout aussi bien s'accorder avec la théorie de M. Berger qu'avec la mienne ; mais il est incontestable, comme je l'ai déjà signalé en 1889, qu'il y a des cas où le champ visuel très notablement rétréci s'élargit très sensiblement sous l'influence de simples irrigations nasales avec de l'eau salée et pratiquées avec la pompe foulante. Voici une observation rapportée en 1889, et qui démontre ce fait.

K..., âgé de 24 ans, boucher, vint me consulter le 30 mars 1889. Il est emmétrope des deux yeux, son acuité visuelle à droite est 5/18, à gauche à 5/12. Le champ visuel de chaque œil est fortement rétréci, mais principalement celui de l'œil droit (*fig.* 1). La réaction de la papille est prompte. L'iris de

(KAMIRSCKECK)

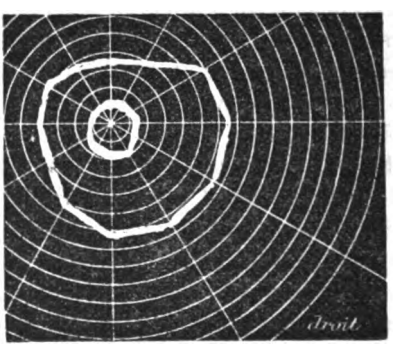


FIG. 1 dessinée à une distance de 30 centimètres, 1/40 de la grandeur naturelle.

l'œil droit est bombé en avant plus qu'à l'ordinaire, mais il n'y a pas de tension par la palpation au doigt. L'examen ophthalmoscopique révèle une assez forte hyperhémie des veines de la papille droite, une moins forte de la papille gauche. Le malade a la tête souvent lourde et le nez est bouché. Sa chambre à coucher est très humide et un de ses camarades y a gagné un rhumatisme articulaire. L'irrigation nasale à l'eau salée à l'aide de la pompe foulante fait partir beaucoup de muco-pus, après quoi il se sent la tête soulagée. Le 3 avril, après lavages du nez, les veines des papilles droite et gauche sont toujours assez

Digitized by Google

injectées, mais l'acuité visuelle de chaque œil s'est élevée à 5/9, le champ visuel est beaucoup élargi.

Voici encore une observation du même genre :

D..., âgé de 65 ans, forgeron, vint me consulter le 16 juin 1890 pour des douleurs atroces qu'il éprouve dans le globe de l'œil gauche. Au premier coup d'œil on voit qu'il s'agit d'une tumeur; la paupière supérieure est gonflée, tombée en bas et presque immobile, le globe est poussé en avant et en bas et fixé dans cette position de telle sorte que sa mobilité est à peu près complètement abolie. Les vaisseaux de la conjonctive sont injectés,

(DISCHLEIT)

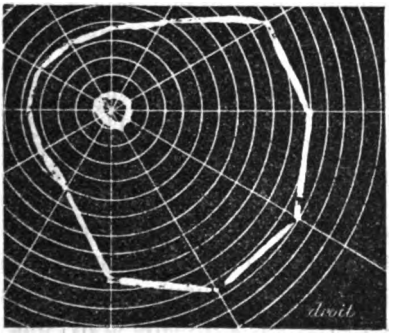


FIG. 2 dessinée à une distance de 30 centimètres, 1/40 de la grandeur naturelle.

la pupille est dilatée et sans réaction ; il y a amaurose absolue. L'œil droit, avec un verre convexe de 2,0 dioptriques, a une acuité visuelle, 5/9. L'examen ophthalmoscopique révèle une violente congestion veineuse de la papille optique gauche et du voisinage, une assez forte hyperhémie veineuse de la papille droite et une disposition serpentine des veines rétiniennes. Quand le malade entra dans mon cabinet, je fus frappé immédiatement de son regard, pour ainsi dire hésitant. L'examen du champ visuel montra un rétrécissement extrême (*fig.* 2). Dans la fosse nasale gauche il y a une tumeur à surface irrégulière et tubéreuse, de même que dans la cavité naso-pharyngienne, dont le toucher est pratiqué tout de suite, et dont la partie gauche est remplie par un néoplasme de consistance assez dure

Digitized by Google

et à surface bosselée; dans la fosse nasale droite il n'existe qu'un assez fort gonflement de la muqueuse; les parois osseuses de l'antre d'Hygmore gauche ne présentent pas d'ectasie ni vers la face ni vers la voûte palatine. Les glandes lymphatiques sous-maxillaires et cervicales du côté gauche sont très gonflées ou plutôt transformées en des paquets volumineux et tubéreux.

Le malade, qui était venu pour se faire enlever l'œil gauche, fut averti que l'affection était beaucoup trop avancée pour donner la moindre chance de réussite à une opération, soit l'énucléation de l'œil, soit l'extirpation du néoplasme, qui avait envahi la cavité naso-pharyngienne, la fosse nasale, l'orbite et les glandes de la rétine. Pour le soulager de l'hypertension de l'œil et de ses maux de tête, je lavai le nez avec de l'eau salée à l'aide de la pompe foulante; il sortit une grande quantité de mucopus fétide. Le malade se sentit bien mieux après cette irrigation. En continuant ce traitement les jours suivants, je fus fort étonné de voir le champ visuel s'agrandir de plus en plus, de sorte qu'*au bout de huit jours*, le 24 juin, il avait regagné l'étendue normale. Toutefois le malade succomba six ou huit semaines plus tard aux progrès de la tumeur maligne.

Après avoir examiné le malade la première fois, je pensais que la tumeur se propageant de la fosse nasale en haut et en arrière avait envahi le sinus sphénoïdal non seulement du côté gauche, mais aussi du côté droit; que le rétrécissement du champ visuel droit s'expliquait par une sorte d'étranglement exercé sur le nerf optique, séparé du sinus sphénoïdal par une lame osseuse souvent bien mince, par le fait du néoplasme, carcinomateux ou sarcomateux, déterminant une hyperhémie veineuse collatérale, à travers ladite lame, c'est-à-dire une névrite rétro-bulbaire. Mais l'effet du traitement a démenti cette opinion, en montrant clairement qu'il s'agissait ici d'une stase collatérale, se dirigeant des vaisseaux hyperhémiés du nez vers l'*intérieur* du globe oculaire.

Les lavages du nez ont donc suffi à rétablir un assez grand élargissement du champ visuel, dans la première observation, et une étendue normale de ce champ dans la seconde ; comment M. Berger veut-il expliquer cela avec sa

Digitized by Google

théorie? et comment s'exercerait l'action réflexe sur le nerf optique ou la rétine? Or, la théorie que je défends nous fait bien comprendre que l'évacuation du muco-pus nasal a rendu le nez plus perméable, la respiration plus facile et l'aspiration par les poumons plus aisée, de sorte que la stase dans les vaisseaux du globe de l'œil, non seulement ceux de la papille optique, mais, surtout, aussi ceux des processus cilaires a été diminuée. En outre, il est possible, que la grande puissance hygrométrique du sel ait secondé, de son côté, la sécrétion, et, en même temps, la circulation dans les vaisseaux nasaux et, par conséquent, aussi dans ceux du voisinage.

Mais comme M. Berger est d'avis que dans de telles conditions il s'agit de phénomènes réflexes, il objecte à ma théorie du refoulement que, d'après MM. Heryng, B. Fraenkel et d'autres auteurs, la turgescence du tissu caverneux du nez n'est pas nécessaire pour qu'il se produise des troubles réflexes et que les affections des sinus du nez qui n'ont pas de tissu caverneux provoquent des troubles oculaires réflexes, de même que les maladies des fosses nasales.

Voici ma réponse : personne, jusqu'à présent, n'a observé le rétrécissement du champ visuel dans des cas d'atrophie de la muqueuse nasale; je vais rapporter ici deux faits de ce genre recueillis dans ma clientèle, bien qu'au premier coup d'œil ces faits semblent donner raison aux opinions de M. Berger.

Observation III. — Mlle J..., âgée de 25 ans, me consulte le 10 janvier 1889 au sujet de son nez, toujours obstrué par des croûtes. Point d'hypertrophie de la muqueuse ; il y a plutôt de l'atrophie. Les croûtes existent partout, et surtout dans les parties supérieures du nez. Bien que la malade ne se soit pas plainte de troubles oculaires, n'ayant simplement qu'un peu d'asthénopie quand elle a lu très longtemps, j'examinai l'organe de la vue : il y avait emmétropie des deux yeux; acuité visuelle de 5/5 à l'œil droit, pas tout à fait autant à gauche ; l'amplitude de l'accommodation était de 8 D. aux deux yeux ; le champ visuel droit était légèrement rétréci; le gauche l'était considérablement (*fig.* 3). L'examen ophtalmoscopique révèle

Digitized by Google

une assez forte hyperhémie veineuse de la papille optique des deux yeux, dix jours plus tard, après des irrigations nasales à

(JARTZEN)

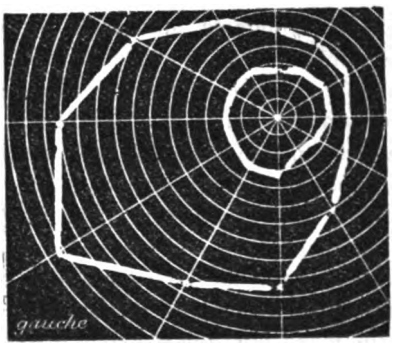


FIG. 3 dessinée à une distance de 30 centimètres, 1/40 de la grandeur naturelle.

l'eau salée, au moyen de la pompe foulante repétées une ou deux fois par jour, le champ visuel était redevenu normal.

Observation IV. — E..., cordonnier, âgé de 19 ans, me consulte en 1891 pour une asthénopie se manifestant surtout le

(EHLERT)

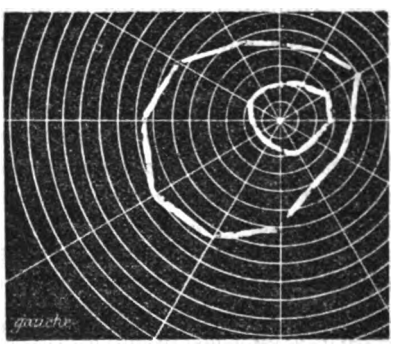


FIG. 4 dessinée à une distance de 30 centimètres, 1/40 de la grandeur naturelle.

soir ; l'acuité visuelle n'était pas tout à fait 5/5 aux deux yeux : à l'œil droit il y avait emmétropie ; à l'œil gauche, un peu d'as-

Digitized by Google

tygmatisme compensé par un verre cylindrique convexe de 0,5 D. Le champ visuel droit était rétréci légèrement, celui de l'œil gauche l'était beaucoup (*fig.* 4). A l'examen ophtalmoscopique on ne trouvait aucune anomalie. Les milieux réfringents et le fond de l'œil étaient d'une clarté extraordinaire. La muqueuse du nez ne semblait pas hypertrophiée; mais, dans les fosses nasales, il y avait une sécrétion purulente et fétide abondante, en partie desséchée sous forme de croûtes. Après des lavages à l'eau salée répétés plusieurs fois par semaine, le champ visuel s'élargit notablement et l'asthénopie a été modifiée par l'emploi du verre cylindrique.

Ces observations plaideraient en faveur de la théorie de M. Berger, mais à condition que les malades n'aient pas eu l'habitude, que j'ai constatée, de se moucher très violemment (1) pour évacuer les croûtes; la congestion cérébrale produite par cet acte anormal favorise la formation d'une stase veineuse dans les procès ciliaires; de même qu'on voit se développer des formes chroniques de glaucome à la suite d'une bronchite compliquée de violentes quintes de toux.

Le rétrécissement du champ visuel existe aussi dans le cours des affections du sinus maxillaire (Ziem) et frontal (Berger), bien qu'il n'y ait pas de tissu caverneux; mais l'absence de ce dernier nous oblige-t-elle à adopter la théorie réflexe pour l'explication du rétrécissement du champ visuel? Nullement, car on doit se rappeler d'après les recherches anatomo-pathologiques de Zuckerkandl, que la muqueuse des sinus et surtout du sinus maxillaire, peut s'épaissir en cas d'inflammation; et même que cet épaississement peut doubler l'épaisseur de la muqueuse, de manière à entraver la circulation du sang dans le voisinage; enfin, les engorgements de la muqueuse des sinus sont presque toujours compliqués d'un gonflement de la muqueuse nasale, d'où la gêne de la respiration et de l'aspiration du sang veineux par les poumons, et par suite l'embarras de la circulation du sang dans l'orbite et dans l'intérieur du globe.

(1) A. de Trœltsch a déjà constaté l'effet pernicieux pour l'œil du mouchage violent.

Digitized by Google

Il ne me paraît pas nécessaire de chercher partout des phénomènes réflexes, et je crois qu'il est plus simple de recourir à l'explication de troubles circulatoires pour la pathogénie des modifications du champ visuel et de l'accommodation sous l'influence des affections nasales.

Je connais bien les remarquables travaux de MM. Joly et Laffont, Prévost et Aschenbrandt, qui ont démontré par leurs expériences sur les animaux que l'irritation du ganglion sphéno-palatin et du nerf maxillaire supérieur produit une hyperémie et une sécrétion abondante de la muqueuse du palais, du nez, des lèvres et de la joue, et j'en ai profité il y a sept ans pour expliquer maintes fois des gonflements de la muqueuse nasale à la suite d'irritation dentaire et de périostite alvéolaire. La distension de l'étroite alvéole dentaire et la dénudation du nerf à la suite d'une inflammation périostique favorisent certainement la dilatation réflexe des vaisseaux environnants; mais il n'est pas facile de comprendre comment par un gonflement de la muqueuse nasale sans lésion de sa continuité, une irritation des organes terminaux du trijumeau puisse être effectuée et, depuis neuf ans, j'ai combattu cette hypothèse audacieuse et non démontrée de M. Hack. M. Berger pourrait peut-être tenir plus de compte qu'il ne le fait de la littérature rhinologique de ces dernières années afin que l'on n'ait pas à discuter éternellement des théories reconnues maintenant comme insuffisantes et défectueuses par presque tout le monde. Cela aurait peut-être le résultat de le rendre plus équitable vis-à-vis d'auteurs déjà anciens dont les travaux, comme les miens, sont antérieurs aux siens et ont indiqué la voie à suivre pour les rapports des maladies des yeux et du nez.

Mais en supposant que pour la pathogénié de ces troubles oculaires on fût obligé de recourir à une influence réflexe de la part de la muqueuse nasale, il ne serait pourtant pas nécessaire d'imaginer une parésie réflexe de la rétine ou du nerf optique et d'enrichir, de cette manière, le domaine vague et ambigu des parésies réflexes d'une nouvelle ambiguité, ni d'admettre une dilatation réflexe des vaisseaux de la rétine et du nerf optique.

Digitized by Google

A propos de la prétendue parésie réflexe de la rétine ou du nerf optique, reportons-nous au travail si bien étudié de Recklinghausen sur les paralysies réflexes en général. Cet auteur a démontré dans des faits de paralysie réflexe d'autres parties du corps, par des recherches anatomo-pathologiques, l'existence de dégénérescences des nerfs ou de la moelle épinière alors même qu'on présumait n'être en présence que de troubles fonctionnels. Or, personne ne peut admettre que quelque chose de semblable puisse exister dans les troubles oculaires soi-disant réflexes quand on voit de simples lavages du nez à l'eau salée rétablir les fonctions normales de la rétine et du nerf optique.

De plus, à la suite des expériences instituées par M. Lewisson, un arrêt réflexe évolué sans l'intermédiaire de lésions anatomo-pathologiques ne peut être admis que pour les nerfs *moteurs*, mais non pour les nerfs sensitifs, même sensoriaux. Aussi les amblyopies attribuables à une lésion des régions sus-orbitaires ou sus-maxillaires (P. Schweigger) ont-elles cessé depuis longtemps d'être expliquées comme suite d'une parésie réflexe de la rétine et tout le monde sait maintenant qu'elles résultent d'une hémorrhagie du nerf optique produite par une fracture du canal optique. Si dans l'ère préopthalmique une telle amblyopie a été guérie par Beer au moyen d'une section sus-orbitaire, on est à même de soutenir la thèse qu'il n'y avait point de parésie réflexe de la rétine et que le résultat thérapeutique ne doit pas être expliqué comme celui d'une névrotomie, mais plutôt comme celui d'une décongestion des vaisseaux intra-oculaires hypérémiés, l'incision ayant agi comme une saignée que l'on aurait pu pratiquer aussi bien sur la muqueuse nasale.

De plus, dans les observations de Lewisson, on n'a pas constaté la moindre altération de la circulation dans les parties atteintes de parésie réflexe, tandis que dans mes faits où le champ visuel était rétréci à la suite de l'hypertrophie de la muqueuse nasale, l'*hypérémie veineuse* de la papille optique n'a manqué que par exception. Même l'amblyopie, à la suite d'helminthes qu'on a considérés souvent comme réflexes, peut être causée par une dilatation réflexe des vais-

Digitized by Google

seaux et de la choroïde, à laquelle on attribuait des propriétés érectiles déjà au XVIIIe siècle, en raison de la mydriase toujours co-existante des procès ciliaires, de même que les accès d'épilepsie de cause helminthique s'expliquent plutôt par un réflexe sur les plexus érectiles du quatrième ventricule et du cervelet que par une action réflexe sur les nerfs eux-mêmes, irritant de la sorte par cette hyperémie le tissu nerveux voisin. Quant à l'action réflexe sur les vaisseaux de la rétine et du nerf optique par les organes terminaux du trijumeau nasal, il serait certainement beaucoup plus simple d'admettre l'intermédiaire des ganglions sphéno-palatin et ciliaire que celui du centre vaso-moteur du plancher du quatrième ventricule, et l'opinion de M. Berger que le défaut de tel réflexe pourrait s'expliquer par des altérations de la fosse losangique ne gagnera probablement pas beaucoup de partisans.

Les réflexes vasculaires peuvent produire ou une anémie artérielle par constriction des artères ou une hyperémie artérielle de la rétine ou du nerf optique par dilatation des artères. Le premier mode doit avoir été observé après des lésions de l'aponévrose cranienne par M. Mooren et à la suite de tumeurs de la nuque par Howskip et Mackenzie ; le second phénomène a été constaté dans quelques cas d'amaurose unilatérale hystérique par Galezowski et Landolt, mais dans les troubles oculaires à la suite de maladies nasales observées par moi, je n'ai noté ni anémie ni hyperémie artérielle de la rétine ou du nerf optique, et il s'agissait seulement d'une hyperémie veineuse. Je ne sais pas si M. E. Berger voudra alors admettre une parésie réflexe des vaisseaux veineux, *phénomène non décrit* jusqu'ici ; je préfère y voir le simple effet d'un refoulement du sang avec relâchement des veines.

Or, M. E. Berger a assuré, d'une manière qui me semble bien catégorique, que l'irritation des organes terminaux du trijumeau nasal présentait une analogie absolue avec la névralgie du trijumeau dentaire, et il décrit formellement une névralgie du trijumeau nasal. Mais dans les observations dont il est question ici, je n'ai pas constaté une telle né-

Digitized by Google

vralgie et elle me semble être un produit de l'imagination si une lésion de la continuité de la muqueuse ou une exulcération ou quelque chose de semblable ne s'y trouve pas.

En raison des expériences connues d'Adamins, de Wegner, de Hippel, de Grünhagen sur les animaux, et des observations cliniques de Donders, de Nagel, de Redard et d'autres auteurs sur la névralgie alvéolaire on peut se figurer très bien que l'irritation du trijumeau maxillaire dilate par voie réflexe les vaisseaux du globe de l'œil, de la choroïde, et j'y ajoute, me basant sur mes observations et des arguments anatomiques et physiologiques, des procès ciliaires, jusqu'à produire une transsudation dans le corps vitré et la tension intra-oculaire, et, après ce trouble circulatoire de la rétine et du corps ciliaire, c'est le rétrécissement du champ visuel et la diminution de l'accommodation que l'on observe; mais d'aucune manière, je ne puis m'imaginer que le seul gonflement de la muqueuse nasale doit exercer une telle influence active ou érectile, et je suis d'avis qu'on ne doit y reconnaître qu'un refoulement du sang avec relâchement *passif* des parois veineuses.

Les développements dans lesquels je viens d'entrer m'autorisent à conclure que les *actions réflexes et la réflexion ne sont pas toujours d'accord* et qu'Hippocrate avait bien raison de dire qu'au moyen des nerfs on explique et on confond tout.

Un dernier mot : le rétrécissement du champ visuel observé par M. E. Berger dans une affection du sinus frontal s'explique de même très bien comme effet d'un trouble de circulation, et il est assez étonnant que, jusqu'à présent, on n'en ait rien signalé dans les affections ethmoïdales, quoique des relations très intimes existent entre les vaisseaux de l'ethmoïde et ceux de l'orbite.

Bibliographie.

E. Berger. *Arch. für Augenheilkunde*, 1887, XVII, p. 293.
— *Rapports entre les maladies des yeux et cellules du nez*, Paris, 1892.

Digitized by Google

M. Bresgen. *Deutsche Med. Wochenschrift*, n° 9, 1884. — *Wiener Mediz. Presse*, 1887.

V. Recklinghausen. Handbuch der allgemeinen Pathologie. Stuttgard, 1883, p. 7, h. 27, 44.

Redard. Voir le *Journal de médecine et chirurgie pratiques*, p. 311, Paris, 1886.

Luc. *Arch. internat. de laryngologie, rhinologie et otologie*, p. 167, mai-juin 1892.

A. Martin. *Ibidem*, p. 171.

Ziem. *Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, etc., n°s 2, 4, 1883. — *Idem*, n° 9, p. 260, 1885. — *Idem*, n° 4, p. 137, 1886. — *Idem*, n° 8, 1889. — *Allgemeine Mediz. Centralzeitung*, n° 70, 1885; n° 20, 1886. — *Internationale klin. Rundschau*, Wien., n°s 10 et 11, 1888. — *Centralblatt f. Augenheilkunde*. p. 131, mai 1887. — *Berliner klin. Wochenschrift*, n° 37, 1888; n° 38, 1889. — *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, n° 5, 1889. — *Virchow's Archiv*, Band CXXVI, p. 467, 1891.

II

DU LARYNGOSPASME UNILATÉRAL INTERMITTENT

Par MM. les Drs **GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon, et **J. COLLET** interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons rencontré plusieurs fois, dans ces derniers temps, un phénomène singulier, caractérisé à l'examen laryngoscopique par la fixation intermittente d'une corde vocale sur la ligne médiane. Les faits de ce genre ne doivent pas être bien rares, puisque nous avons pu en observer 5 cas bien nets en quelques mois, et nous sommes convaincus que s'ils passent inaperçus, c'est en grande partie parce que l'intermittence du phénomène est une condition

Digitized by Google

défavorable pour son observation. Comme nous n'avons rien trouvé d'analogue dans la littérature, il nous a paru intéressant de citer nos cas et de tenter leur interprétation.

Observation I.

Mlle X..., 30 ans environ, professeur de peinture, se présente à mon cabinet le 7 avril 1891, pour un voile de la voix. Elle a déjà été soignée par le Dr Paliard pendant six mois. Elle accuse des troubles nerveux très accusés.

Au pharynx, je constate une granulation volumineuse occupant la partie médiane. Je pratique ensuite l'examen laryngoscopique en tenant moi-même la langue de la malade et je constate que la corde vocale droite devient immobile sur la ligne médiane ; elle est complètement tétanisée dans cette position. Je pratique ensuite un deuxième examen pendant lequel la malade tient elle-même sa langue. A ce moment, le phénomène d'immobilisation de la corde droite a disparu ; mais après la phonation, je constate néanmoins que l'abduction n'est pas symétrique des deux côtés. La corde vocale droite se met en abduction avec un retard très apparent sur la corde opposée. Je n'ai pas revu la malade après ce premier examen.

Il s'agit donc d'une malade *très nerveuse*, qui a présenté un spasme de la corde vocale droite sur la ligne médiane. Nous insisterons seulement sur le mouvement d'abduction imparfait de la corde, même après cessation du spasme, sur le retard que présentait ce mouvement d'abduction, comparativement à la corde du côté opposé.

Observation II.

M. N..., âgé de 30 ans, vient réclamer mes soins le 2 janvier 1887 pour un léger voile de la voix. Il y a six mois, le malade prit froid et, dès le lendemain, il était frappé d'aphonie. Depuis cette époque, l'aphonie se produit à chaque instant, comme par accès. Le malade éprouve d'abord un picotement à la gorge, la voix s'éteint et revient peu de temps après.

Je pratique l'examen laryngoscopique, et, dès que le miroir est introduit, je provoque un spasme pendant lequel la corde

Digitized by Google

vocale droite reste immobile sur la ligne médiane. En même temps, la voix s'éteint. Un instant après, j'examine de nouveau la corde droite : elle a alors repris toute sa mobilité et la voix a recouvré sa force habituelle. Je cautérise quelques granulations du pharynx et je prescris quelques antispasmodiques (bromure et belladone).

Je revois le malade le 1er février. Huit jours après la première visite il avait repris un accès, mais fort atténué. Au laryngoscope, la corde droite présente toujours les mêmes variations sous l'influence de l'examen.

Le 17 février, grande amélioration. L'examen ne provoque plus de spasme. Le malade chante plus facilement.

Le 18 mars, le malade a eu encore un peu de spasme pendant quarante-huit heures à la suite d'une course en voiture.

Cette observation peut être considérée comme un type du phénomène que nous décrivons ici, et en atteste l'origine spasmodique. L'aphonie survenait par accès, elle était précédée de picotements ; l'examen laryngoscopique suffisait pour mettre la corde sur la ligne médiane ; les antispasmodiques ont été administrés avec succès ; bref, tout, dans cette observation, démontre la nature réflexe du phénomène. Enfin, sur ce malade, les troubles fonctionnels causés par le spasme ont été contrôlés par l'examen direct : le son *è* était voilé quand la corde se mettait sur la ligne médiane, tant que durait le spasme ; il redevenait normal quand le laryngoscope montrait les deux cordes mobiles.

Observation III.

Mlle X..., 28 ans, de Coligny (Ain), vient me consulter le 25 juillet 1891 pour un enrouement remontant à la première enfance. A l'âge de 2 ans, cette personne a eu une bronchite grave. La voix a été enrouée depuis cette époque. A l'examen laryngoscopique, je constate que les rubans vocaux paraissent considérablement diminués de volume, comme s'ils étaient atrophiés. Mais, en même temps, un phénomène singulier frappe mon attention : c'est l'immobilisation intermittente de la corde vocale droite. A plusieurs reprises, je vois cette corde se fixer sur la ligne médiane pendant quelques instants, puis reprendre ensuite un fonctionnement normal.

Digitized by Google

Cette malade n'a pu être suivie. Depuis quand y avait-il du spasme? à quelle cause le rattacher? il serait difficile de le dire exactement; mais, sans trop préjuger de la nature de l'affection, on peut supposer qu'il s'agit d'une ancienne bronchite avec laryngite concomitante, qui a d'ailleurs laissé sa signature dans l'atrophie probable de quelques fibres musculaires. Rappelons, en passant, que les vieilles bronchites datant de l'enfance sont souvent des laryngites avec adénopathie trachéo-bronchique, ce qui, pour le cas particulier du moins, pourrait apporter un élément nouveau à la pathogénie du phénomène.

Observation IV.

G..., Constant-Emile, professeur de français, âgé de 46 ans, entre dans le service de M. Garel le 19 novembre 1891.

Mère vivante et bien portante. Père mort d'une affection du foie. Une sœur bien portante. Jamais personne dans sa famille n'a pris de crises; lui-même n'en a jamais eu, mais il se dit assez nerveux et impressionnable.

Excellente santé pendant son enfance et son adolescence.

Fièvre intermittente à 25 ans; elle a duré un an environ et cédé à l'usage de la quinine. Vers la même époque peut-être un peu d'alcoolisme. Pas de syphilis. Pas de rhumatisme.

Rien de spécial jusqu'à l'année dernière où il aurait perdu la voix pendant deux jours; au bout de ce temps elle est revenue, parfaitement nette. D'ailleurs le malade s'était exposé au froid la veille.

Hier au soir, sans que le malade se fût exposé au froid, mais après avoir bu un verre d'eau fraîche une demi-heure auparavant, il a perdu subitement la voix; il était à peu près aphone.

Le lendemain, c'est-à-dire aujourd'hui, le malade se présente à la consultation gratuite dans le même état.

Au laryngoscope, rougeur générale du pharynx et du larynx. Pas d'ulcérations, ni d'œdème d'aucune sorte. On constate que la corde vocale droite ne s'écarte pas de sa congénère pendant l'inspiration : elle reste sur la ligne médiane. Quoique à plusieurs reprises on force le malade à émettre le son *é* et à inspirer alternativement, le spasme en adduction persiste.

Digitized by Google

En pressant sur la poitrine du malade et en le forçant à émettre des sons, M. Garel améliore la voix du malade.

On *cocaïnise* le pharynx pour permettre un examen plus commode et quelques minutes après la corde vocale droite présente un mouvement d'abduction inspiratoire, tout comme celle du côté opposé. Le malade émet des sons plus nets, mais la voix est toujours rauque et bitonale.

Le lendemain, le malade parle beaucoup mieux; la voix est un peu rauque, mais n'est plus bitonale. Dans l'inspiration les deux cordes s'écartent parfaitement l'une de l'autre.

A l'examen général du malade on constate la sensibilité parfaite de la cornée; celle du pharynx a été assez rapidement émoussée par les examens laryngoscopiques. Sensibilité cutanée au tact et à la douleur normale partout. Les réflexes rotuliens sont conservés. Les pupilles resserrées réagissent à la lumière et à l'accommodation. Pas de signe de Romberg.

A l'auscultation et à la percussion les poumons sont normaux.

Pas de signes de péricardite. Rien au cœur.

Les deux pouls radiaux sont isochrones, faibles.

Les ganglions de l'aine sont très sensibles; on en sent un ou deux dans chaque aisselle.

26 novembre 1891. — Le malade quitte le service; les cordes vocales s'écartent normalement, mais sont toujours un peu rouges.

Voici donc un malade qui, dans ses antécédents héréditaires et personnels, ne présente aucune particularité, si ce n'est cependant un tempérament nerveux assez accusé. A ce facteur étiologique s'ajoute l'influence du froid. L'aphonie est survenue après l'injection d'un verre d'eau froide, et, il y a un an, il y avait eu aphonie complète à la suite d'un coup de froid. Nous ferons remarquer la persistance particulière du phénomène qui n'a pas disparu malgré des alternatives d'inspiration et d'essai de phonation, contrairement à ce qu'on voit dans l'observation suivante où les phases de spasmes et de retour à l'état normal se succédaient à quelques minutes près. Par contre, le spasme n'a pas reparu après l'application de la cocaïne dont l'influence a déjà été mise à profit par plusieurs auteurs comme mode de traitement des spasmes laryngés. Quant à la gymnastique vo-

Digitized by Google

cale, qui améliorait un peu l'émission des sons, il est probable qu'elle a agi simplement en augmentant la pression du courant d'air expiratoire.

Observation V.

M. B..., de Bourg, âgé de 45 ans, brigadier de police, se présente à la consultation gratuite de M. Garel, le 17 octobre 1891.

Dyspepsie consécutive à l'influenza.

A eu des rhumatismes à l'âge de 22 ans, après le siège de Paris. A fait trois saisons à Aix-les-Bains. Jamais d'autres maladies.

Rien au cœur.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Le malade a engraissé de 5 kilogrammes depuis le 17 mai. Au cathétérisme avec olive de un centimètre et demi de diamètre, on éprouve une résistance à 21 centimètres de l'arcade dentaire. Cette résistance a l'apparence spasmodique.

Raucité de la voix depuis deux mois. Au laryngoscope on constate que les deux cordes sont rosées, un peu hypertrophiées. La droite occupe la ligne médiane. Pendant la phonation, la glotte se ferme parfaitement. Pendant la respiration calme, la corde droite est immobile, s'écartant parfois d'un ou deux millimètres à peine. Dans l'inspiration forcée, la droite s'éloigne de la ligne médiane, mais son écart n'arrive pas à égaler celui de la gauche.

14 novembre. — On constate le même spasme; mais, dans l'inspiration très calme, la glotte paraît se dilater normalement. Aujourd'hui, la voix est meilleure et plus forte. On prescrit bromure et goudron.

19 décembre. — Le malade revient après avoir subi un mois son traitement. Il parle beaucoup mieux. L'examen du larynx montre les cordes très rouges, surtout dans leur partie antérieure. Pas de spasme de la corde vocale droite; mais on le constate très nettement quelques secondes après. Il disparaît sans cocaïne et reparaît à plusieurs reprises, souvent, il est vrai, très incomplet, la corde vocale droite restant seulement plus près de la ligne médiane, tandis que la gauche se cache sous la bande ventriculaire correspondante. On n'a pas employé de cocaïne.

Digitized by Google

4 mars. — Arrive sans spasme de sa corde droite. Mais, après avoir fait prononcer au malade quelques sons très forts, on peut reproduire le spasme. Deux ou trois sons suffisent pour cela. On recommence plusieurs fois cette épreuve avec succès. Pour faire cesser le spasme, il suffit que le malade fasse quelques respirations tranquilles ; le spasme cesse alors progressivement et l'abduction de la corde droite finit par être parfaite.

La laryngite va mieux ; on constate seulement un peu de rougeur dans la moitié antérieure des cordes. On prescrit : bromure de camphre, 0gr,40 ; sulfureux Porillet ; capsules de goudron.

Considérée au point de vue de la marche de l'affection, cette observation est absolument l'inverse de la précédente, puisque le spasme disparaissait et se reproduisait presque à la volonté de l'observateur; mais, par contre, on a pu constater sa réapparition fréquente pendant plusieurs mois. C'est qu'il s'agissait d'une laryngite chronique tenace et non d'une laryngite aiguë, comme dans le cas précédent : nouvel exemple de la corrélation qui unit la laryngite et le spasme.

Nous retrouvons ici les deux éléments réunis : nervosisme, laryngite. La laryngite a été plusieurs fois constatée à l'examen direct; quant au nervosisme, le spasme de l'œsophage que présentait le malade en constitue un stigmate assez net, car l'augmentation de poids qu'il a subie depuis le début de l'altération de la voix suffit à écarter toute idée de néoplasme.

A remarquer chez ce malade, comme dans l'observation I, la disparition incomplète du spasme, ou l'abduction imparfaite qui suit.

Enfin, nous ne saurions laisser passer, sans y insister particulièrement, la facile reproduction du spasme par un simple essai de phonation, sa disparition après quelques respirations calmes. Ce fait n'a rien de surprenant puisqu'on sait, depuis les recherches de Claude Bernard, que la langue est un organe à innervation double, l'une correspondant à la phonation, l'autre à la fonction respiratoire, et que le jeu normal de la glotte résulte de l'équilibre entre

Digitized by Google

ces forces nerveuses antagonistes. Si donc, par l'émission d'un son, ou, inversement, par quelques respirations calmes, nous faisons *adapter* le larynx de notre patient pour l'une ou l'autre de ces deux fonctions, nous aurons dans le premier cas, contracture des adducteurs de la corde malade; dans le second, la dilatation normale de la glotte (la contracture en abduction étant un fait reconnu jusqu'ici exceptionnel).

Observation VI.

Mlle Ph..., de Lyon, 27 ans, se présente à la consultation gratuite le 12 avril 1892. Bonne santé habituelle. La malade dit être nerveuse, mais n'a pas de boule hystérique. Il y a eu un an au mois de février, chancre à la vulve. Iritis gauche au mois de novembre 1891. Il y a sept semaines, voix enrouée pendant huit jours, après lesquels la voix est restée simplement voilée. Pas de dysphagie; mais la malade toussait beaucoup. Elle tousse encore la nuit maintenant. Actuellement : pas de traces de laryngite, pas de rougeur. Mais, au moment de l'examen, la corde vocale gauche est nettement en position médiane. Les mouvements de la droite sont normaux. Au bout de quelques minutes, on constate que la corde vocale gauche bouge à son tour, mais ses mouvements sont moins étendus que ceux de la droite, au point de simuler un larynx oblique. On observe aussi des tentatives d'abduction de la corde malade, qui s'éloigne par secousses de la ligne médiane, par une sorte de mouvement de va-et-vient.

Nouvel examen après quelques minutes; on constate alors que les deux cordes bougent parfaitement et s'écartent de la ligne médiane aussi bien l'une que l'autre.

Quelques minutes après, nouvel examen. Le laryngospasme n'a pas reparu.

Chez cette malade, le phénomène ne s'est pas reproduit sous nos yeux. Pas de rougeur au moment de l'examen et voix très peu altérée. En somme, sauf le spasme, absence à peu près complète de signes objectifs et subjectifs; mais, il y a quelques semaines, la malade avait de l'enrouement. C'est qu'à cette époque il y avait probablement dans le la-

Digitized by Google

rynx des plaques muqueuses qui ont disparu depuis et laissé après elles un certain degré d'asynergie vocale.

Après la lecture de ces 6 observations, on remarquera qu'elles offrent un lien commun au point de vue étiologique : la présence de la laryngite ou d'un tempérament nerveux à un degré plus ou moins accusé, dans quelque cas même, la coexistence de ces deux conditions très favorables à la production d'un spasme. Ainsi, dans l'observation I, nous trouvons des troubles nerveux très accusés et une grosse granulation ; dans l'observation II, on trouve encore des granulations, mais l'affection parait avoir succédé à un coup de froid suivi, dès le lendemain, d'aphonie; dans l'observation III, il s'agit d'une bronchite de l'enfance ayant toujours laissé après elle un certain degré d'enrouement et de laryngite. Le malade, qui fait le sujet de l'observation IV, était aussi nerveux; l'aphonie est survenue à la suite d'un coup de froid, et l'examen direct a montré une laryngite aiguë intense.

Même remarque pour le malade de l'observation V, dont le tempérament nerveux était encore indiqué par un spasme de l'œsophage. De plus, laryngite chronique très rebelle au traitement. En somme, c'est dans les cas où il y avait influence combinée de la laryngite et du nervosisme que le phénomène s'est montré plus net et plus persistant.

Si maintenant nous essayons de tracer, d'après nos observations, un tableau symptomatique, nous voyons qu'il s'agit d'une corde vocale, cinq fois sur six la droite, qui se montra sur la ligne médiane à l'examen laryngoscopique, donnant ainsi l'image caractéristique d'une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur , ou d'une contracture des adducteurs du côté correspondant; mais généralement au bout de quelques minutes, à un deuxième examen, la corde a repris sa mobilité. Il est rare cependant, et nous insistons encore sur ce fait, que la corde atteinte présente, après la cessation de l'accès, des mouvements d'une amplitude égale à ceux du côté opposé : le plus souvent l'abduction reste quelque temps incomplète, défectueuse, et tandis que la corde saine s'écarte au maximum, l'autre reste plus rapprochée de la ligne médiane.

Digitized by Google

Nous avons cru remarquer, seulement chez le malade qui fait le sujet de la Ve observation, que la portion ligamenteuse et la portion aryténoïdienne de la corde atteinte formaient entre elles un certain angle, exagération de la saillie de l'apophyse vocale, comme si le muscle ary-aryténoïdien ne participait pas au spasme ou était frappé d'une légère parésie. Mais de ce fait unique d'observation douteuse, nous ne voulons tirer aucune conclusion hâtive.

Les symptômes subjectifs se sont montrés à peu près uniformes. Pas de dyspnée survenant par accès. Il s'agit presque toujours d'un léger voile de la voix (obs. I, II, III, V); dans certains cas, cette altération peut se compliquer de véritables accès d'aphonie, succédant à des picotements (obs. II). L'enrouement peut être prolongé et tenace (obs. III, V); enfin, dans l'observation IV, il y avait aphonie complète. Il serait exagéré sans doute d'attribuer au spasme seul les troubles vocaux observés dans ces cas : il y a à tenir compte de la laryngite concomitante, et, dans l'observation IV, où il y avait aphonie complète, elle a dû jouer un rôle très important; mais le spasme aussi doit altérer la voix, et ce n'est pas là une pure hypothèse, puisque dans la IIe observation on a pu saisir, au laryngoscope, des variations de même sens entre la dysphonie et le spasme, celle-là s'atténuant lorsque celui-ci disparaissait.

La fréquence et l'intensité du phénomène, autant qu'on peut en juger par ces quelques observations, sont subordonnées en grande partie à la marche de la laryngite, lorsque celle-ci existe. Les observations IV et V en sont des exemples; mais, pour poser une règle générale à ce sujet, il faudrait suivre des malades pendant un temps suffisant. Nous tenons seulement à faire remarquer qu'aucun cas ne s'est terminé par un spasme permanent.

Le traitement a paru un adjuvant utile. Nous croyons qu'il importe avant tout de soigner la laryngite et l'état nerveux du malade. Nous citerons seulement pour mémoire la gymnastique vocale qui, dans un cas, semble avoir amélioré un peu la voix. La cocaïne et les antispasmodiques (bromure et

Digitized by Google

belladone), en diminuant l'excitabilité réflexe, agiront plus sûrement.

Reste à élucider la nature intime du phénomène. Est-ce un spasme des adducteurs ? est-ce une paralysie de l'abducteur ? La réponse à cette question ne nous paraît pas douteuse ; aussi avons-nous admis implicitement jusqu'ici qu'il s'agissait d'un spasme. En effet, les paralysies musculaires sont fréquentes au cours des laryngites catarrhales, mais ce sont les muscles superficiels, sous-jacents à la muqueuse, qui sont frappés, l'ary-aryténoïdien et surtout le thyro-aryténoïdien interne. Nous connaissons tous l'aspect spécial de la glotte dans ces différents cas. De plus, l'intermittence si nettement observée du phénomène ne saurait s'accorder avec l'idée d'une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur. Tout s'explique facilement au contraire si l'on admet qu'il s'agit d'un simple spasme réflexe des adducteurs. Ce spasme peut avoir pour point de départ la laryngite (et sa pathogénie serait ainsi analogue à celle que plusieurs auteurs assignent à la laryngite striduleuse). Il peut encore avoir un point de départ extra-laryngé, des granulations par exemple, comme dans l'observation où les picotements précédaient l'aphonie. Dans un cas, il était provoqué par l'examen. Enfin, le rôle prépondérant du tempérament nerveux a démontré chez un malade par un spasme de l'œsophage, l'influence du traitement antispasmodique dans un cas (obs. II), celle de la cocaïne dans un autre (obs. IV), tout plaide en faveur de la nature spasmodique et réflexe du phénomène, et nous concluons à l'existence d'un *laryngospasme unilatéral intermittent*, interprétation qui a d'ailleurs l'avantage de cadrer avec les idées défendues par le professeur Massei au Congrès international de 1889, sur la signification de la position médiane des cordes vocales.

Digitized by Google

III

L'AUDIPHONE APPLIQUÉ AU DIAGNOSTIC OTOLOGIQUE

Par le Dr GELLÉ

I

Grâce aux progrès des études otologiques, mais surtout grâce aux méthodes antiseptiques, la chirurgie auriculaire se faisant chaque jour plus audacieuse, il est plus que jamais indispensable de poser un diagnostic précis. En présence d'une surdité progressive bilatérale, par lésion scléreuse de l'oreille moyenne, qui a résisté à tous les traitements médicaux, l'intervention *manu armatâ* est légitime; mais elle n'aura lieu utilement qu'après s'être assuré par tous les moyens qu'il existe encore quelque sensibilité dans l'organe.

Quelles suites espérer d'une opération, quelles raisons de la proposer quand le chirurgien ignore si le nerf acoustique fonctionne encore? Ces questions n'auraient pas besoin d'être posées, si les sourds n'attendaient pas que leur infirmité soit extrême pour accepter l'opération; aussi cette étude ne vise-t-elle que les cas de surdité les plus anciennes et les plus complètes.

La lésion est-elle limitée à l'organe périphérique de l'audition; et surtout à l'appareil de transmission inclus dans l'oreille moyenne? Dans quelles conditions se trouvent les fenêtres labyrinthiques? Le tympan a-t-il ses mouvements? la trompe, sa perméabilité? la platine de l'étrier obéit-elle aux pressions expérimentales?

Le succès de l'opération dépend à coup sûr de la connaissance et de l'analyse de ces divers éléments de jugement. Entre tous, la nature de la lésion, son siège exclusif dans la cavité tympanique doivent être tout d'abord bien précisés,

Digitized by Google

mais il importe plus encore peut-être de savoir si le nerf acoustique, et mieux si son expansion labyrinthique a conservé, et dans quelles proportions, une activité fonctionnelle effective.

Pour espérer rendre l'ouïe à un sourd avéré, encore faut-il pouvoir apprécier d'avance l'état dans lequel se trouvera le nerf sensitif, quand on l'aura dégagé des obstacles accumulés au-devant de lui sur le trajet du courant sonore.

La prudence et la probité scientifique exigent que le chirurgien n'opère pas d'une façon systématique quiconque le désire : les incurables sont très enclins aux tentatives opératoires. L'opérateur fait un choix ; rejette certains sujets, qu'il a reconnus sans avenir, et ose promettre une amélioration à quelques autres.

Quel est son guide dans cette élimination, dans ce triage? ou, pour préciser davantage, par quels moyens peut-il s'assurer que la capacité acoustique presque nulle et disparue chez un malade, existe cependant, bien que d'une façon latente ; et comment, chez un sourd arrive-t-il avec certitude à mettre le fait en lumière, et à rendre évidente l'intégrité du nerf spécial?

La possibilité de semblables conditions ne fait point doute. Depuis longtemps, par exemple, on a observé que certaines personnes absolument sourdes peuvent au milieu du bruit, entre autres influences, récupérer en grande partie la faculté d'entendre la parole, mais d'une façon passagère seulement. Avec la surdité la plus accusée, il est donc démontré cliniquement que le nerf acoustique peut avoir gardé une sensibilité remarquable alors que l'oreille a perdu la sienne.

D'autre part les sons, quand il est impossible de les faire parvenir au nerf sensible par le chemin ordinaire, celui de l'appareil auditif qui leur est fermé par une lésion morbide, peuvent lui être amenés par d'autres voies encore.

C'est au médecin auriste de découvrir ces voies, de créer des communications nouvelles et de les assurer.

En effet, quand il s'agit de démontrer que la cause de la surdité réside uniquement dans cette obstruction du chemin naturel, rien ne le prouve mieux que la possibilité de faire

Digitized by Google

arriver les ondes sonores au contact de l'organe de perception par un circuit détourné.

Comme résultat, c'est un diagnostic des plus clairs, et à double indication; car il y a là une démonstration de la sensibilité du nerf et à la fois de l'extériorité de l'obstacle au passage des sons. Au point de vue opératoire, nous verrons les conclusions précises qui en découlent.

Quelle est la voie de transmission qui suppléera dans ces recherches à celle qui manque? C'est la conduction par les solides du crâne et de la face qui satisfait à l'expérience.

Depuis Bonnafond on l'exécute au moyen de diapasons posés sur le vertex; et jusqu'ici, c'est le critérium par excellence de la sensibilité du nerf acoustique.

La perception cranienne du diapason témoigne de la conservation de la fonction labyrinthique. Cela est écrit dans tous nos livres. Ne s'est-on pas exagéré la valeur de cette sorte de pierre de touche de la sensibilité du nerf?

Tout d'abord, la valeur d'une exploration, qu'elle soit faite avec un ou vingt diapasons divers, reste toujours discutable en face de la fonction auditive, et des innombrables impressions sonores, et des infinies variétés de sensations qu'elle fait éprouver.

L'épreuve de ses capacités ainsi réduite semble avec raison un peu trop sommaire; et quelque savant et prolongé que soit l'interrogatoire ainsi conduit, la réponse ne saurait éclairer à fond la solution du problème. Combien plus vive, plus évidente, plus claire serait la constatation de l'audition par cette voie d'une phrase de la parole humaine! quand il s'agit de décider d'une opération chirurgicale et de se convaincre de son utilité basée sur la conservation de la sensibilité acoustique, combien l'épreuve par le diapason vertex reste inférieure et douteuse comme toute généralisation extrême. L'auriste irrésolu reste alors hésitant dans ses promesses et peu confiant dans l'opération.

L'observation clinique, d'autre part, n'inscrit-elle pas souvent la disparition de cette perception cranienne du diapason chez des sujets qui entendent encore quelques mots,

Digitized by Google

indiquant ainsi quel fonds on est en droit de faire sur cette épreuve. Je montrerai plus loin par une statistique que ces faits sont relativement communs.

De plus, j'ai donné la démonstration expérimentale, confirmée par l'étude clinique, que la perception cranienne n'est pas du tout indépendante de l'état de la caisse tympanique, et de l'appareil transmetteur. J'ai fait voir que, bien au contraire, on arrive à modifier cette perception, à l'améliorer, a l'éteindre, à la faire renaître quand elle manque, en agissant sur l'oreille moyenne par l'aération, les pressions centripètes, etc. Dans mon travail sur l'épreuve du diapason-vertex, j'ai prouvé que les lésions de la caisse influent sur la transmission cranienne comme on sait depuis longtemps qu'elles agissent sur le passage des sons aériens et par les mêmes procédés.

Il n'y a donc rien d'absolu dans les résultats de l'épreuve du diapason-vertex ; il faut d'abord dégager l'action des lésions et des modifications de la cavité du tympan, avant de conclure à la perte de sensibilité acoustique d'après le résultat négatif de l'épreuve du diapason-vertex.

C'est toujours la méthode par élimination.

Mais quand l'épreuve est positive, indiquant que les chemins sont ouverts, on est conduit à penser que les lésions qui produisent l'affaiblissement de l'ouïe ont un siège particulier, tel qu'elles ne font plus obstacle à l'arrivée du son au labyrinthe, quand ce son a pris la voie solidienne. C'est par là seulement que le labyrinthe est accessible ; voilà ce que la perception positive du diapason-vertex veut dire ; de plus elle dit aussi clair que le nerf est apte à percevoir, mais elle ne peut donner la mesure de cette aptitude cachée.

Négative, cette expérience de perception par les solides de la tête est discutable et sa valeur relative. Positive, elle donne des notions insuffisantes pour juger sérieusement de la capacité de l'organe sensitif de l'oreille sourde. De l'audition des sons simples à celle des sons combinés, associés, simultanés ou successifs il y a loin. Pour résoudre le problème, il faut le poser d'une façon rationnelle ; il ne faut pas oublier le but poursuivi par le médecin dans l'intervention opératoire et

Digitized by Google

par le sourd consultant. Chacun d'eux désire, avant tout, le retour de la perception de la parole.

En définitive, le sourd veut obtenir de converser avec ses semblables. C'est là ce qu'il faut lui rendre possible. Le diagnostic doit donc démontrer la possibilité de ce retour de la fonction.

Aussi, avec la plupart de nos maîtres en otologie, je ne vois qu'une épreuve d'audition excellente, celle de la parole humaine, et qu'un critérium sérieux, l'audition du langage articulé.

Dès qu'un sourd est susceptible, par un procédé quelconque, d'entendre une phrase, de la répéter ou de l'écrire sans omission, intelligemment, rien n'équivaut à cette démonstration évidente des aptitudes du nerf acoustique et des services qu'il peut encore rendre.

Cependant, ainsi qu'on l'a vu, loin d'être exclusif, j'observe toujours avec le diapason la perception cranienne si intéressante au point de vue du diagnostic de la lésion et de son siège.

Comment faire pénétrer jusqu'au labyrinthe, par la voie solidienne, ces mots, ces paroles dont l'audition est si importante à constater ?

Depuis longtemps déjà, c'est de l'audiphone que je me sers comme instrument de transmission ; et c'est seulement d'après les résultats de l'épreuve d'audition de la parole au moyen de l'audiphone que je juge en dernier ressort de l'état de la sensibilité du nerf acoustique dans un cas de surdité, et surtout que je décide s'il y a lieu ou non d'opérer.

II

L'audiphone est connu ; jusqu'ici cet instrument n'a été utilisé que dans un but prothétique ; c'est comme moyen de diagnostic que je l'emploie.

Quel il est, comment il transmet les sons et la parole ? c'est ce qu'il faut dire rapidement. Cela expliquera mon

Digitized by Google

choix et le prix que j'attache aux données de l'exploration qu'il rend possible.

L'audiphone créé par Rhodes, de Chicago, est une lame mince de caoutchouc durci, dont l'usage est conseillé pour soulager certaines surdités.

Colladon l'a construite avec du carton d'orties; Delstanches de Bruxelles, et moi, par économie, nous recommandons une lame faite d'un celluloïde très élastique, d'un grand bon marché, utilisé dans les joints des machines. On en fait de splendides en plaques de celluloïde transparent et coloré. La minceur et l'élasticité y sont; la tension s'obtient par la courbure imprimée à la lamelle vibrante au moyen d'une cordelette ou avec la main : Voilà l'organe !

Comment l'emploie-t-on? Quelle est sa fonction? L'inventeur appuie le bord supérieur de l'ovale formé par la lame élastique sur les incisives supérieures tandis qu'au moyen d'une tigelle la main tient l'autre extrémité; on peut, en tirant sur la cordelette, en faire bomber la surface en avant de la poitrine.

L'interlocuteur se penche au-dessus de cet écran qu'on lui présente et parle à quelques centimètres au-devant de lui.

La lame vibrante transmet aux incisives et aux os craniens les vibrations par influence qu'elle a reçues; et le sourd (aérien) entend.

Remarquons tout d'abord que l'épaisseur de la lamelle vibrante a une grande influence sur la transmission sonore; il en est de même pour la tension obtenue en courbant la surface au moyen de la tirette.

On retrouve là les lois connues de la conductibilité des membranes et des lames pour les sons. C'est ainsi qu'en exagérant l'arcature nécessaire, on trouve que le son de l'ut 2 cesse de passer à l'oreille; et tous les sons graves paraissent alors moins distincts.

La plaque élastique doit être mince, fine et modérement tendue. Au reste on peut à volonté modifier ces conditions s'il est nécessaire.

Digitized by Google

A ces conseils, j'ajouterai celui-ci, qui s'appuie sur des recherches expérimentales.

La transmission sonore est bien plus nette, et l'application du bord de la lame élastique plus intime quand on recommande au patient de saisir entre ses dents incisives supérieures et inférieures, de mordre avec un certain effort le bord supérieur de la plaquette.

En effet, il est facile de constater sur soi-même qu'au moment de la contraction des masticateurs le son d'un diapason posé en vibration sur l'audiphone gagne en intensité, renaît s'il s'éteignait, et se perçoit plus longtemps.

La contraction des machoires rend donc la conduction plus complète et plus sûre. Je fais ainsi tenir l'instrument serré entre les dents incisives pendant l'épreuve d'audition; mais sans exagération surtout; car dans nos recherches, il ne s'agit plus, comme tout à l'heure, du transport de sons au contact, mais de la réception de vibrations par influence, d'ondes aériennes que la mince lamelle élastique récolte et transmet aux solides du crâne, et par eux aux oreilles.

L'expérience exige plus de délicatesse et moins de raideur.

Je n'ai pas à insister sur la transmission à travers les solides du crâne et de la face des sons apportés par l'audiphone; mais il est indispensable de préciser le mode de propagation des sons solidiens au labyrinthe même.

Instrument de diagnostic, l'audiphone doit être étudié à ce point de vue intéressant. J'ai souvent donné l'étude critique du chemin parcouru par les sons solidiens pour arriver au nerf sensible. Il résulte des expériences les plus nettes exposées dans plusieurs de mes travaux que les sons apportés par les os du crâne n'ébranlent le liquide où baignent les filets nerveux sensitifs qu'au moyen des vibrations communiquées à la platine de l'etrier.

C'est là leur porte d'entrée; c'est par là aussi que vont pénétrer les sons amenés au moyen de l'audiphone, au seuil du labyrinthe.

Une expérience bien simple démontre que cela est vrai chacun peut la répéter.

Voici un homme qui entend d'une façon normale; il saisit le

Digitized by Google

bord de l'audiphone entre ses incisives, et prend la tigelle à la main; puis, on adapte à l'une des oreilles le tube de caoutchouc de la poire à air, comme dans l'épreuve des pressions centripètes; ceci posé, on appuie le talon du diapason vibrant sur la plaque élastique tendue par le patient; celui-ci dès lors annonce l'affaiblissement de la sensation sonore à chaque pression exercée sur la poire à air. C'est que sur cette oreille saine les pressions tympaniques sont transmises à l'étrier; celui-ci s'immobilise un moment, à chaque coup, ce qui arrête le courant sonore ou l'atténue aussitôt. Ce courant sonore venu de l'audiphone, passant par les os craniens, aboutit donc en définitive à la platine de l'étrier, pour pénétrer dans le labyrinthe, et l'impressionner.

En agissant sur l'étrier on nuit donc à la transmission des sons audiphoniques.

L'audition au moyen de cet instrument dépend ainsi, comme toute perception cranienne, de la mobilité, de l'accessibilité et de l'intégrité de la platine de l'étrier.

Aussi ne sera-t-on pas étonné d'observer la réapparition de cette transmission des sons audiphoniques, après l'aération de la caisse, par exemple à la suite d'un Politzer réussi : les faits cliniques en fournissent la preuve indiscutable.

L'épreuve d'audition par l'audiphone recule donc encore les bornes du champ d'observation, et vient s'ajouter à celle du diapason-vertex, souvent impossible par suite de la perte de la perception cranienne de ces sons simples. C'est là par suite un suppléant utile en séméiotique auriculaire.

Cependant, ainsi que je l'ai dit, l'épreuve négative avec l'audiphone ne prendra une valeur sérieuse qu'après les tentatives d'aération de la caisse, de dégagement de l'étrier et de mobilisation de la chaîne des osselets et de l'appareil conducteur, au moyen des divers procédés connus usités dans ce but en otiatrique.

Les résultats négatifs, on le voit, n'impliquent pas nécessairement l'abstention d'un traitement quand il existe une lésion de la caisse; loin de là. Quand la parole est entendue distinctement et facilement avec l'audiphone, alors que par toute autre voie rien ne passe, on peut conclure que la platine de

Digitized by Google

l'étrier est libre, et que la lésion, cause de la surdité, siège en dehors d'elle, sur le trajet des ondes sonores aériennes.

La conclusion est logique et triple : le nerf est sain, l'étrier est transmetteur, et la lésion externe par rapport au labyrinthe et à la fenêtre. Cela est d'une grande valeur quand il faut décider s'il y a lieu d'intervenir chirurgicalement dans un cas de surdité donné. L'indication est précise : il faudra faire la voie jusqu'à l'étrier.

On peut grâce à ce moyen reconnaître que la platine de cet osselet et la fenêtre ovale sont altérées, enchatonnées, remplies d'exsudat solide, cachées sous une couche de produits plastiques, ou bien nettes, libres et vibrantes encore, ce qui justifie l'intervention.

A ce propos, s'il est facile de comprendre comment l'audiphone apporte les sons à la base de l'étrier et au labyrinthe, il l'est bien moins de s'expliquer pourquoi ces sons ont cessé de se propager par les voies ordinaires.

On sait qu'il y a épaississement, sclérose, raideur du tympan, ankylose des osselets, au moins de l'étrier; mais ces lésions évidentes, comment sont-elles capables d'arrêter les sons à ce point et de faire obstacle à leur progression si facile par les solides c aniens cependant ?

Entre l'épaisseur du tympan scléreux et celle de l'audiphone le plus mince, il y a encore une grande différence; or, le son qui franchit celui-ci ne pénètre pas à travers l'autre. Il y a donc autre chose; l'audiphone est un résonnateur. Bien entendu, nous faisons ici allusion aux cas où l'on constate que le nerf est resté sensible.

Peut-être aussi comme je l'ai dit, la caisse scléreuse avec son tympan, tendu, épais, constitue-t-elle un appareil de résonnance excellent qui renforce les sons apportés par l'audiphone et le crâne. Cette explication est admissible dans un grand nombre de cas où la caisse est vide, sèche et constitue un espace clos, résonnant à coup sûr. L'inventeur de l'audiphone a bien remarqué que l'on accroît l'audition quand on fait boucher les deux oreilles du sujet, ce qui réalise l'espace clos cause du renforcement du son. Au contraire, au point de vue des sons aériens, cette cavité close est un parfait iso-

Digitized by Google

lateur, et arrêterait le courant sonore ou l'atténuerait assez pour le rendre imperceptible. La perforation chirurgicale du tympan triomphe alors de cet obstacle ; l'aération de la caisse en relâchant la membrane et ses annexes, agit de même ; et rétablit pour un temps quelquefois le passage. Or, il y a lieu de remarquer à ce propos que cette amélioration de l'ouïe est souvent obtenue bien que les signes de l'immobilité de l'étrier existent et persistent toujours ; c'est-à-dire, qu'il n'y a eu en somme de modifiée que la capacité vibratoire de la porte d'entrée des sons ; cette porte a été seule dégagée ; sa vibralité ayant reparu du fait du traitement ; sur le fond rien n'a changé (1). L'observation clinique, d'accord avec ces données de l'analyse, m'a depuis longtemps appris qu'il existe des personnes atteintes d'ankylose de deux étriers, et qui conservent, grâce à l'intégrité du reste de l'organe auditif, une audition de la parole remarquable et durable.

La fenêtre ronde ne saurait ici être donnée comme suppléant la fenêtre ovale, car on voit ces mêmes ankylosés obtenir une amélioration sensible au véritable retour de l'ouïe sous l'influence de la douche d'air, par exemple, qui n'a qu'une faible action sur cette fenêtre.

Il semble qu'on doit admettre plutôt dans ces cas que par l'effet des moyens thérapeutiques qui redressent l'appareil de transmission, le détendent, dégagent le tympan et soulagent l'étrier refoulé et comprimé d'abord, on lui rend la faculté d'entrer en vibrations, et de transmettre celles-ci au labyrinthe, comme toute paroi mince, bien que sa platine ne joue plus dans la fenêtre ovale. L'enfoncement de toutes les parties mobiles de l'organe auditif dans le sens du labyrinthe aurait donc deux effets successifs et graduels suivant la raideur des membranes et l'étendue du déplacement produit : dans un premier degré de compression, le petit osselet est immobilisé, et ne répond plus aux pressions centripètes (2) ; dans un degré plus élevé du serrage, les aptitudes vibratoires de la platine de cette lamelle si mince, sont anéanties tout à fait.

(1) Même observation à faire dans le cas d'adhérences du tympan.
(2) Il peut alors répondre encore aux pressions centrifuges.

Digitized by Google

De même sans doute c'est ainsi que doivent agir les accumulations d'exsudat, leur organisation, et la sclérose terminale dans la genèse de la surdité incurable où l'audiphone reste insuffisant. La vibralité de la base de l'osselet survit à la soudure de ses bords à la fenêtre ovale; mais la moindre « charge » vient altérer ces aptitudes et peut les anéantir rapidement.

On trouve là l'explication la plus plausible des cas de surdité récente et presque subite, dans lesquels on constate une affection scléreuse avec ankylose de l'étrier, de date par conséquent ancienne, où il n'y a nulle apparence de lésion nouvelle à laquelle on puisse rapporter la destruction rapide de l'audition.

Quelquefois le Politzer, la raréfaction peuvent momentanément faire passer la pression du deuxième degré au premier, et amènent une amélioration passagère de l'ouïe. L'audiphone facilite l'étude des ces nuances et explique ces retours inattendus.

On reconnaît à l'aide des données de l'épreuve audiphonique ces divers états de la platine de l'étrier avant et après la douche de Politzer, etc.

Je me suis demandé si l'audiphone qui est en somme une table de résonnance, un amplificateur, ne doit pas à cela, pour une part, ses qualités d'audition. Il est curieux cependant de constater sur l'homme bien entendant, quand le diapason posé sur l'audiphone a cessé d'être perçu, qu'il l'est encore très nettement, aussitôt porté au-devant du méat auditif.

L'oreille normale reste toujours un instrument supérieur à tous les autres; et la voie de transmission solidienne, on le sait, est inférieure à l'aérienne dans la santé. Mais dans l'état de sclérose ou autre des oreilles, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, les lésions qui compromettent la conduction aérienne créent parfois d'excellentes conditions pour la transmission par les solides de la tête et, par suite, pour l'audition avec l'audiphone.

Tout cela justifie largement son emploi au diagnostic de la surdité et de la sensibilité acoustique. Ajoutons à ces qua-

Digitized by Google

lités principales que, par ce moyen de transmission, c'est aux deux organes de l'ouïe que l'on s'adresse à la fois ; or, on sait l'importance de ces excitations bilatérales, simultanées qui accroissent la sensation bien au delà du double; n'oublions pas de plus que le premier effet des maladies des oreilles est d'isoler davantage chacune d'elles dans sa sphère d'activité spéciale, et d'empêcher justement ce renforcement que donnent deux impressions auditives simultanées. L'audiphone réunit les deux organes, les touche à la fois, et coordonne ce que la maladie a désuni : c'est encore un autre avantage. En résumé, il résulte de cette étude que cet instrument à la fois collecteur et conducteur de la parole, c'est-à-dire des sons par influence, comme le tympan, réalise par contact avec les os du crâne un appareil de transmission analogue et comparable à celui de l'oreille ; en effet, les sons qu'il apporte aboutissent de même à la platine de l'étrier.

Comme l'expérience et la clinique le démontrent, c'est donc un dispositif expérimental simple et sûr. Ces qualités me l'ont fait choisir comme moyen d'exploration de l'audition, parce qu'il permet d'interroger celle-ci par la parole, le critère par excellence. La supériorité de cette méthode d'examen chez les sourds les plus affligés, car c'est de ceux-là surtout qu'il s'agit, est pour moi incontestable, autant que la perception de la parole l'emporte sur celle des sons simples (montre, diapason, etc.).

III

Exploration de l'audition avec l'audiphone.

Pour que l'audiphone rende les services promis, il faut procéder suivant certaines règles. Il s'agit le plus souvent d'individus atteints de surdité complète et qui ont leur faculté auditive tellement abaissée que quelques exclamations, quelques bruits seuls sont encore susceptibles de les impressionner ; encore la nature et l'étendue de cette impression

Digitized by Google

sont-elles souvent discutables. L'opération radicale est difficilement acceptée avant que cette infirmité ne soit arrivée à ce point. Aussi les personnes sont-elles devenues, en même temps que fort désireuses de guérir, très faciles à se tromper sur les sensations auditives qu'elles éprouvent à nouveau, et très enclines à s'illusionner sur l'importance du résultat.

L'observateur doit donc se méfier des réponses qu'on lui fait et de leur valeur; je pense qu'il y a lieu d'être très réservé sur les conclusions des premiers examens. Les suivants donnent souvent des épreuves toutes négatives alors qu'au début elles paraissaient positives.

Dans la pratique, après les divers examens de l'organe et de l'audition classiques, je place l'audiphone entre les incisives du sourd et je commence par noter l'audition des divers diapasons, le la 3, petit et gros, l'ut 2, l'ut 4... C'est après ce prélude que je parle à la personne avec l'audiphone, autant que possible, sans qu'elle puisse voir parler (chose facile, si l'on garde son miroir frontal, la tête inclinée sur la lame élastique). Mes paroles sont dites sur un ton et avec une force tels qu'il est évident que la personne ne peut à la même distance de ses oreilles percevoir rien de ce que j'énonce. Je recommande de faire aussitôt la contre-épreuve en se plaçant à la droite ou à la gauche du sujet; à une distance égale, et en répétant la même phrase sur le même ton. Sans ces précautions, à se fier aux dires du sujet, on s'expose à des surprises désagréables; souvent les patients font l'observation d'eux-mêmes; ils ont aussi bien entendu par leur oreille. On s'assure que l'audition est entière, que toute la phrase articulée est retenue, sans lacune, que tout a été entendu et compris, en faisant répéter tout haut immédiatement, mot à mot, ce qui a été dit avec l'audiphone : c'est le meilleur contrôle, il est indispensable.

On pourrait, comme le dit Rhodes, de Chicago, boucher aussi les deux oreilles, ce qui accroît encore la pénétration du son solidien.

Mais on conçoit que tout l'intérêt de l'épreuve consiste, en présence de l'incapacité absolue d'ouïr par les oreilles, à

Digitized by Google

trouver le moyen de faire entendre la parole avec l'audiphone.

Il faut tendre plus ou moins, la lame vibrante, et chercher quelquefois le ton et la force des sons à émettre avant d'être entendu.

L'épreuve prend d'autant plus de valeur qu'il a fallu moins d'effort et de recherche, que les mots ont été perçus vite, même quand ils se succèdent rapides, et quand la voix est faible et basse.

Quand la victoire est complète, on assiste à une véritable stupéfaction des assistants et du malade.

Le médecin conclut que l'appareil nerveux périphérique a conservé toutes ses aptitudes, et le cerveau la mémoire des mots.

Si l'on a suivi les divers points de cette étude, on aura remarqué qu'au moyen de l'exploration par l'audiphone le médecin auriste peut se rendre compte : 1° que le labyrinthe fonctionne encore; 2° puis que l'obstacle à l'audition réside en dehors de lui, sur le trajet de l'onde sonore; 3° que l'étrier a sa platine libre, et est susceptible de vibrer quand les sons lui arrivent par cette nouvelle voie; 4° enfin, en associant ces données à celles des pressions, que cette aptitude à vibrer persiste souvent malgré une immobilisation, ou une fixité bien démontrées de l'étrier; 5° qu'il est possible par les procédés connus de libérer la platine de l'étrier, de la soulager, comme je l'ai dit déjà; et cette plaque, indispensable à la propagation des sons recouvre l'aptitude à les transmettre, bien que sa fixité persiste; on a donc rétabli l'audition audiphonique, en modifiant la situation des parties qui chargeaient la platine au point d'éteindre ses vibrations, sans mobiliser l'étrier cependant (obs. 32, 33, 34, 45, 60).

La clinique montre par des faits indiscutables toutes ces conditions réalisées; et le succès des opérations radicales, dans lesquelles on extrait tout entier l'appareil de conduction jusqu'à l'étrier, vient confirmer toutes les conclusions précédentes.

Il faut distinguer entre la platine fixe, ankylosée et la platine chargée et inapte à la conduction. Dans le 1er cas, les vibrations passent; et avec l'audiphone on peut trouver le

Digitized by Google

chemin du labyrinthe; dans le 2e cas, l'épreuve négative tout d'abord peut redevenir positive, après qu'on aura dégagé l'étrier par les moyens thérapeutiques usuels, ou par l'enlèvement des parties qui le compriment.

En effet cette connaissance de l'inaptitude vibratoire de l'étrier par le fait de la charge constituée par l'appareil conducteur enfoncé vers la paroi interne de la caisse conduit à l'application d'un traitement chirurgical radical, consistant dans l'extraction des deux osselets et du tympan.

IV

Mais laissons parler les faits.

Mon travail est basé sur l'analyse de soixante-douze observations de surdités extrêmes, bien étudiées, dans lesquelles j'ai comparé les résultats obtenus par l'audition de la parole, du diapason-vertex, du diapason aérien, et noté les diverses phases de la maladie et du traitement.

Les résultats de cette analyse sont présentés dans les paragraphes suivants comme des conclusions statistiques.

A. — Le nombre des cas de surdités extrêmes étudiées au point de vue de la valeur diagnostique et pronostique des signes fournis par l'audiphone sont au nombre de 72.

B. — Sur ce chiffre, le nombre de ceux qui, n'entendant pas la parole, à peine quelques cas, entendirent facilement la parole au moyen de l'audiphone est de 48 (2/3); 4 de ceux-ci étaient insensibles à toutes espèces de bruits.

C. — Le reste n'entendit rien de plus avec l'audiphone; un ou deux entendaient à peu près aussi mal que par leur oreille restée sensible aux mots sonores isolés.

Il y en eut 24 (1/3).

D. — De cette catégorie de sourds, non améliorés par l'audiphone, 5 ont perçu le diapason posé sur l'audiphone (1/3).

E. — Un certain nombre de ceux qui tout d'abord n'avaient pas entendu mieux la parole avec l'audiphone, purent cependant la comprendre, et facilement, après que j'eus redressé le tympan et aéré la caisse ; j'en note 6 (1/4 à peu près).

Digitized by Google

F. — Trois ou quatre de ceux qui entendaient mieux avec l'audiphone, mais qui ne pouvaient suivre une phrase, la percevaient péniblement et avec bien des lacunes, la voix très haute, purent entendre vite, sans effort, et sans lacunes après le redressement tympanique et l'aération des caisses.

G. — J'ai constaté cinq fois parmi ceux à qui l'audiphone faisait entendre la parole, l'absence totale de l'audition du diapason placé en face et près de l'oreille (D. même volumineux (ut_2-ut_6, la 3).

H. — Un groupe nombreux de sourds qui obtinrent une audition remarquable de la parole par l'emploi de l'audiphone ne percevaient pas le diapason appliqué soit au vertex soit sur l'apophyse mastoïde. J'en trouve 19.

I. — Parmi ceux qui n'avaient aucun bénéfice par l'audiphone, il y en eut 10 qui ne percevaient pas ou d'une façon très douteuse le diapason, et discernaient mal un ton bas ou aigu.

J. — Parmi les 48 sourds que l'instrument élastique fit entendre aussitôt clairement, il se trouve une proportion très remarquable de sujets qui ont annoncé recouvrer une ouïe meilleure et quelquefois bonne au milieu du bruit, en chemin de fer, etc. C'est là une coïncidence très curieuse; en effet, je trouve 17 fois le fait noté, et c'est, j'en suis convaincu, un chiffre inférieur à la vérité; car la question n'a pu être posée dans tous les cas. Au reste, la conservation de la sensibilité acoustique n'est plus une question dans ces conditions.

K. — Au point de vue du diagnostic, il résulte de cette exposition que l'audiphone est supérieur en général à tous les moyens connus d'explorer la capacité auditive d'un sourd avéré.

Je rappellerai qu'il ne s'agit point ici de mots entendus vaguement, mais de phrases, de conversations, de questions précises que le sujet incapable de les percevoir autrement, entend vite, sans fatigue, sans tâtonnements, et sans lacunes. Dans la plupart des observations l'opposition entre l'audition habituelle de la parole, presque nulle ou incomplète ou incompréhensible, et la perception prompte et entière d'une

Digitized by Google

phrase prononcée, soit à voix faible et basse, soit à voix ordinaire, sans que le sujet voie parler, cette opposition est telle qu'elle semble tout d'abord invraisemblable aux assistants.

En définitive, comme démonstration de la persistance de la fonction du nerf auditif et de l'existence d'un obstacle situé en dehors de lui, il n'est rien de mieux à désirer que l'épreuve audiphonique.

L. — Au point de vue du pronostic, le service rendu n'est pas moindre. Sans être accusé d'optimisme, il est permis de conclure que s'il est possible, dans la série des améliorés franchement par l'audiphone, d'enlever cette barrière extérieure, cet obstacle si bien désigné sur le trajet du courant sonore, on peut guérir d'une façon persistante la surdité la plus grave.

M. — La médication la plus simple, le traitement médical classique trouve déjà du bien à faire dans cette série ; et 25 fois sur ces 50 cas, les divers moyens thérapeutiques ordonnés dans l'otite scléreuse, dans les voussures tympaniques, dans les raideurs et l'immobilité des osselets de l'ouïe, ont sérieusement amélioré l'état de surdité des malades. Mais, il faut dire tout de suite que les prétentions doivent être modestes avec cette thérapeutique ; que les résultats sont lents à obtenir, toujours bornés, souvent précaires ; que les soins doivent être longtemps et même toujours continués.

On sait trop que le plus souvent l'amélioration obtenue ne dure pas. La surdité est progressive. C'est une infirmité ; la compression de la platine de l'étrier, un instant évitée, tend à se reproduire fatalement par l'action de lésions permanentes; et c'est toujours à recommencer, d'où lassitude et découragement du sourd et du médecin.

Arrivée à ce point, la lésion n'est pas curable par les moyens médicaux.

N. — De plus, que faire pour les 20 autres sourds que ce traitement exécuté pendant des années n'a pu faire entendre quelque peu et d'une façon durable ?

Si le nerf est sensible, n'est-il pas logique de tenter de le

Digitized by Google

dégager en enlevant tout ce qu'il a devant lui? Après des essais isolés, des ablations partielles, dont on n'a rien obtenu ou à peu près, est-il téméraire de penser à une opération radicale qui laissera la platine de l'étrier seule en face de la perforation persistante du tympan, recevant le courant sonore, qui la frappe directement?

Mais voici encore que la clinique a parlé; et ce qui était en projet est déjà réalisé fort habilement. Or, les résultats dépassent de beaucoup ceux qui donnent les meilleurs cas de la pratique ordinaire; les bénéfices obtenus par l'opération radicale, quand elle n'est pas trop tardive, sont bien supérieurs en étendue et en durée à tout ce que nous pouvons procurer par les médications les mieux entendues et les mieux réussies.

L'historique de la méthode curative et l'exposition de cette intervention chirurgicale seront le sujet d'un travail ultérieur où les faits que j'accumule prendront place. En terminant, je ne puis que répéter, que pour justifier cette active et radicale intervention, les notions que l'on aura d'abord obtenues par l'exploration de la sensibilité acoustique au moyen de l'audiphone, seront les arguments les plus décisifs, le guide le plus sûr, et fourniront la raison la plus logique pour décider l'opération.

C'est le but de ce travail de présenter l'audiphone à ce point de vue.

IV

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LE MUTISME HYSTÉRIQUE.

Par le Dr **Paul KOCH** (de Luxembourg).

Les travaux modernes sur le « mutisme hystérique » ayant abouti à une définition et à une symptomatologie plus ou moins vagues, je tâcherai de définir, aussi exactement que possible, l'image clinique concise de cette névrose qui inté-

Digitized by Google

resse autant la médecine générale que notre spécialité. A l'exemple de Solis Cohen, on fera bien de remplacer la dénomination de « mutisme hystérique » par celle d' « apsithyrie (1) » ; d'abord, le mot « mutisme » fait trop facilement confusion avec la surdimutité, maladie tout à fait différente ; en second lieu, il existe des cas dits de « mutisme hystérique » qui ne sont nullement de nature hystérique.

Sans entrer dans l'historique ni dans les détails de la maladie en question, je ferai observer, de prime abord, que le diagnostic de l'apsithyrie se fait à première vue, sans anamnèse ni laryngoscope.

Impossible de la confondre avec l' « aphonie » dans laquelle les fonctions des cordes vocales seules sont abolies, tandis que les lèvres, les joues, la langue, le voile du palais, en un mot, tous les résonnateurs agissent normalement. Dans l'aphonie, la production des voyelles seule est abolie, tandis que les consonnes sont prononcées d'une façon irréprochable ; en d'autres termes : le malade sait parler à voix basse, il sait chuchoter, tandis que l'apsithyrique ne peut prononcer aucun son.

L'apsithyrie ne peut pas être non plus confondue avec l' « aphasie », affection où les malades ne trouvent pas les mots qu'ils pourraient très bien prononcer, si leur cerveau les dictait. L'aphasique aussi bien que le sourd-muet peuvent prononcer des sons inaccoutumés et désarticulés.

On ne peut pas confondre non plus l'apsithyrie avec la surdimutité. A l'état normal, l'éducation de nos organes vocaux se fait par l'organe de l'ouïe dans notre tendre jeunesse. Si le jeune enfant est sourd, cette éducation ne se fait pas et, dans ce cas, il faut que l'enfant atteigne un âge plus avancé avant qu'on ne puisse faire son éducation vocale, en remplaçant le sens de l'ouïe par l'organe de la vue de l'enfant. C'est ce que l'abbé de l'Épée avait déjà pratiqué avec succès ; depuis que l'on a abandonné sa méthode, les sourds-muets apprennent à parler encore par la simple vue, à exécuter avec leurs résonnateurs, leur langue et leurs lèvres, les mouvements nécessaires à la production plus ou moins par-

(1) « privatif et ψιθύρισμα, chuchotement.

Digitized by Google

faite des sons qu'ils n'entendent pas eux-mêmes. Les grands succès obtenus dans nos instituts de sourds-muets prouvent à l'évidence qu'il ne faut pas confondre l'apsithyrie avec la surdimutité.

Impossible aussi de confondre l'apsithyrie avec le bégaiement, le zézaiement et le bredouillement.

Seule, la simulation bien avérée peut présenter quelque difficulté. Pour la dévoiler et pour diagnostiquer ainsi une vraie apsithyrie, il faut faire usage des ruses employées généralement en pareils cas.

Il faut avouer que la grande majorité des cas d'apsithyrie concerne des hystériques ; par conséquent, les descriptions classiques de la maladie ne sont que la copie de l'hystérie avec prédominance des symptômes de l'apsithyrie. Les apsithyriques hystériques ont perdu la mémoire de l'articulation, elles ne veulent pas articuler, ou plutôt elles ne savent pas qu'elles peuvent ne pas vouloir articuler. Cette impuissance est accompagnée de l'intégrité des organes de l'ouïe et de la voix. Il faut donc admettre que l'affection est de cause centrale. Comme les hystériques exagèrent en tout, elles exagèrent aussi dans la sphère vocale. Cette exagération se manifeste dans la quantité aussi bien que dans la qualité et, sous ces deux rapports, elle passe par toutes les nuances qui se trouvent entre les quatre limites extrêmes : ainsi le changement de qualité de la voix peut aller du son normal jusqu'à la toux nerveuse et au rire hystérique, jusqu'à l'aboiement et jusqu'aux sons les plus bizarres. Très fréquemment, nous observons, chez les hystériques, une loquacité sans bornes produisant des exagérations matériellement impossibles, loquacité qui peut aller en diminuant jusqu'à l'aphonie complète. L'apsithyrie représente le *nec plus ultra* de cette abolition fictive des fonctions vocales, sous le rapport de la quantité et de la qualité. Les hystériques sont tellement convaincues de leur impuissance d'articuler qu'elles s'empressent de donner leurs idées par écrit ; elles se plaisent à se faire comprendre par une mimique très perfectionnée rappelant la pantomime des clowns de cirque. C'est Charcot qui, le premier, a désigné cet empressement comme symptôme

Digitized by Google

différentiel entre l'apsithyrie et l'aphasie. Les aphasiques, quand ils ne sont pas frappés en même temps d'agraphie, ne se mettent que difficilement à écrire et à faire des gestes. Si, dans des cas plus rares, l'apsithyrie frappe des personnes saines non hystériques, la manie d'écrire et de faire de la pantomime fait défaut. Les symptômes subjectifs accusés par les hystériques apsithyriques sont des plus variés et l'on ne peut s'y fier : elles se plaignent de sensations vagues et peu définies dans la bouche et dans les organes vocaux, sensations qui ne rappellent que trop les paresthésies si bizarres des hystériques et des aliénés. Quelquefois l'apsithyrie est le seul stigmate de l'hystérie.

Rarement, l'apsithyrie est un symptôme précoce du tabes dorsal et, dans ces cas, elle remplace les crises laryngiennes bien connues.

Dans toutes les observations publiées, l'examen laryngoscopique a fourni un résultat négatif. Les cordes vocales intactes occupent toutes les positions entre la phonation et l'inspiration profonde ; leur abduction n'est jamais entravée. Tout au plus, quand les malades s'efforcent de produire un son, on remarque de légères vibrations des bords libres des cordes vocales, ainsi qu'un tremblement peu accentué des cartilages aryténoïdes, double mouvement qui est dû sans doute au courant expiratoire et non à l'action des récurrents.

Quant à l'étiologie de l'affection en question, les statistiques nous prouvent que dans la grande majorité des cas il faut accuser l'hystérie comme cause prédisposante, et alors il ne faut qu'une occasion banale, souvent imperceptible, pour produire l'apsithyrie, qui est très tenace alors. Je ne fais que rappeler ce cas bien connu d'une dame qui, au théâtre, pendant la représentation d'un ballet, fut frappée subitement d'apsithyrie au moment où les jupes d'une danseuse prirent feu ; cette malade ne fut guérie que plus tard, mais brusquement aussi, au moment où, après des couches laborieuses, on lui présenta son premier-né.

J'ai soigné pendant trois ans une jeune fille de 15 ans, qui, quatre ans auparavant, à l'âge de 11 ans, fut atteinte, petit à petit, d'apsithyrie ; elle n'était pas réglée, il n'existait chez elle

Digitized by Google

aucun antécédent héréditaire. Tous les traitements à la mode restaient inefficaces ; il se formait des contractures toniques alternativement aux bras et aux jambes, qui entravaient l'usage des membres. Tout d'un coup, les symptômes alarmants d'une paralysie cricoaryténoïdienne postérieure se déclarèrent, symptômes que j'ai dû rapporter à une crampe des muscles phonateurs de la glotte ; la trachéotomie dut être pratiquée d'urgence ; la malade porta la canule pendant 3 ans ; l'apsithyrie existait toujours ; les autres contractures cédaient peu à peu au courant continu. Bientôt après il se forma un œsophagisme si prononcé que la nutrition devint impossible ; cette affection ne cessa que lorsque j'étalai à dessein, sous les yeux de la malade, une masse d'instruments et que je me disposai à pratiquer l'œsophagotomie externe. Une hyperesthéste de la rétine forçait la malade à porter de grands verres bleus. Cet accoutrement extravagant, la canule trachéale, les contractures et la mimique inhérente à l'apsithyrie donnaient l'image classique de l'hystérie, rôle dans lequel la malade se complaisait. Peu à peu, tous les symptômes cédèrent aux traitements sus-indiqués et, après le massage prolongé des ovaires, la parole revint subitement avec l'apparition des règles ; la maladie avait duré 7 ans.

Comme deuxième exemple, j'ai observé un sergent de ville, âgé d'une trentaine d'années, qui le soir, après avoir mangé une quantité énorme de poisson froid, avait eu un accès de colère pendant qu'il faisait son service sous une pluie battante ; il rentra chez lui avec tous les symptômes de l'apsithyrie ; le lendemain, il était guéri sans aucun traitement.

Mon troisième cas concerne un conducteur de train, qui faisait son service après avoir dîné copieusement. Il y eut rencontre de deux trains ; un mort et plusieurs blessés ; le conducteur fut lancé sur la voie sans recevoir de blessure sérieuse. J'ai vu le malade immédiatement après l'accident : assis sur un tas de pierres, à côté de son train déraillé, il présentait tous les symptômes de l'apsithyrie. Le lendemain, le mutisme avait disparu sans aucun traitement.

Comme l'hystérie constitue le terrain de prédilection de l'apsithyrie, il est évident que le sexe féminin fournit le plus grand contingent ; ce sont ces cas qui sont de longue durée ; même chez un certain nombre d'apsithyriques masculins, nous constatons le féminisme caractéristique des hystériques mâles ; ceux-ci présentent aussi la manie d'écrire et de faire

Digitized by Google

des gestes ; leur affection dure indéfiniment aussi. Les deux dernières observations, que je n'ai fait que citer, prouvent qu'à la suite d'une vive émotion, les hommes les plus robustes peuvent être atteints d'une apsithyrie de courte durée et qui guérit d'elle-même. Peut-être y a-t-il quelque chose de vrai dans les récits qui rapportent qu'à l'annonce d'un grand malheur « les personnes ne savaient plus parler de peur »? Nos observations démontrent que l'apsithyrie est observée à tous les âges, sauf chez les très jeunes enfants que les émotions n'atteignent pas encore, et à un âge très avancé où les impressions sont aussi à peu près nulles. L'embarras gastrique, qui résulte nécessairement d'une vive émotion, y est-il pour quelque chose? Je n'ose le prétendre ; il est certain que les malades se trouvent bien quand l'indigestion est passée. Dans beaucoup de cas, la cause de la maladie n'est pas à trouver.

D'après ce que nous avons vu, le pronostic de l'affection est favorable ; les malades guérissent toujours aussi subitement qu'ils sont tombés malades. La grande variété des traitements, ainsi que les guérisons spontanées, prouvent que nous ne possédons pas de traitement spécifique ni même rationnel. Souvent, les malades guérissent sans que l'on s'y attende, ils guérissent plutôt par l'effet d'une médecine d'imagination que par un traitement logique.

Digitized by Google

V

CORPS ÉTRANGER DU LARYNX

Par le Dr **Paul KOCH** (de Luxembourg). (1)

En relatant brièvement l'observation d'un corps étranger du larynx, je n'insisterai que sur le mode opératoire employé :

Il s'agit d'un os de mouton immobilisé entre les cordes vocales, provoquant des accès de suffocation menaçants, et ne pouvant être enlevé par les voies naturelles. Aidé de deux de mes collègues, je pratiquai la trachéotomie et introduisis une canule ordinaire. La respiration étant devenue normale et garantie, je voulais extraire l'os par les voies naturelles, mais il était trop enclavé et j'avais peur de provoquer des déchirures. Je me disposais à mettre une canule à tampon et à pratiquer la laryngotomie, quand un de mes collègues me conseilla de refouler l'os dans la bouche, en le poussant de bas en haut. L'enfant fut donc profondément endormi, j'introduisis un ouvre-bouche entre les dents, j'ôtai la canule, les aides écartèrent les bords de la plaie trachéale, j'introduisis deux doigts dans la bouche sur l'entrée de la glotte, je passai une pince à polype de Fauvel, (fermée de bas en haut) par la plaie trachéale et reçus l'os entre mes doigts. L'enfant guérit ; la laryngotomie avait été évitée ainsi que ses suites fâcheuses éventuelles.

J'arrive aux conclusions suivantes :

1° Faire avant tout la trachéotomie, introduire une canule et laisser reposer l'enfant;

2° Essayer avec ménagement l'extraction par les voies naturelles;

3° Si cela ne réussit pas, endormir profondément, mettre un ouvre-bouche, ôter la canule, introduire deux doigts sur l'entrée de la glotte, écarter largement les bords de la plaie trachéale et pousser le corps étranger de bas en haut avec un instrument mousse et convenablement recourbé ;

(1) Lu à la 3e réunion annuelle des otologistes et laryngologistes belges, Liège, 5 juin 1892.

Digitized by Google

4° Faire cette manœuvre seulement dans le cas où le corps est immobilisé;

5° Si l'accident est récent, on n'a pas besoin de laisser la canule en place; on peut fermer la plaie et tenter une première intention; les anneaux de la trachée, très élastiques, s'adapteront symétriquement, l'emphysème cutané n'est pas à craindre;

6° Il faut recommander le repos absolu du larynx.

BIBLIOGRAPHIE

Les pierres du poumon de la plèvre, des bronches et la pseudo-phtisie pulmonaire d'origine calculeuse, par S. A. Marius Poulalion (1 vol. in-8°, Paris, G. Steinheil, 1891).

Travail plein d'érudition. Cet ouvrage comprend deux parties: une partie anatomique, à laquelle l'auteur a donné de grands développements, une partie clinique, où l'on remarquera surtout l'ingénieuse assimilation de la migration des calculs broncho-pulmonaires à celle de calculs du rein et du foie, et la comparaison de la *crise broncholithique* à la colique hépatique ou néphrétique.

L'attention de nos lecteurs doit être attirée sur le chapitre consacré au diagnostic: il étudie le moyen de reconnaître l'origine d'une pierre expectorée par le malade: et il ne faudrait pas confondre avec les broncholithes, les concrétions calcaires formées dans les ventricules du larynx, les calculs amygdaliens, les rhinolithes ayant émigré par la voie naso-pharyngienne, les calculs salivaires, etc. M. L.

Hygiène de l'oreille (*soins préventifs contre les affections auriculaires*, avec 5 figures dans le texte), par le Dr Mounier. (Soc. d'Editions Scient. Paris, 1892.)

Ce petit traité, essentiellement pratique, se recommande surtout par sa simplicité et sa clarté.

Digitized by Google

On y trouve exposés en quelques lignes : la grosse anatomie de l'oreille, l'examen de l'acuité auditive, toutes les causes des affections auriculaires ainsi que leurs symptômes, leurs conséquences possibles, et surtout leur *traitement préventif;* enfin pour les différents âges de la vie, des conseils d'hygiène, dont l'observation est si importante pour la conservation de l'ouïe.

En résumé, cet ouvrage donne les moyens de prévenir, dans la mesure du possible, le développement des affections de l'oreille et met à la disposition du praticien une médication simple, destinée à les arrêter dans leur évolution.

TROISIÈME RÉUNION ANNUELLE DES OTOLOGISTES ET LARYNGOLOGISTES BELGES

Présidence de M. le professeur SCHIFFERS.

Compte rendu par le Dr O. LAURENT, de Bruxelles.

La séance est ouverte le 5 juin, à deux heures de relevée, à l'hôpital de Bavière de Liége.

Sont présents : MM. Andries (Anvers), Bayer (Bruxelles), Béco (Liège), Boval (Charleroi), Boland (Verviers), Capart (Bruxelles), Chaland (Liège), Delmarcel (Louvain), Delsaux (Bruxelles), Delstanche (Bruxelles), Delie (Ypres), Eeman (Gand), Gouguenheim (Paris), Greift (Anvers), Hennebert (Bruxelles), Hicguet (Bruxelles), Janson (Liège), Koch (Luxembourg), Laurent (Bruxelles), Lecocq (Wasmes), Moll (Arnheim), Noquet (Lille), Rousseaux (Bruxelles), Rutten (Namur), Schiffers (Liège), Schleicher (Anvers), Schuster (Aix-la-Chapelle), Wagnier (Lille), et Wodon (Bruxelles).

L'assemblée décide que la prochaine séance aura lieu le premier dimanche de juin, à Gand, sous la présidence de M. le professeur Eeman.

Digitized by Google

M. Schiffers. — *Présentation de malades.*

1° Voici un jeune homme, élève de l'Ecole des mines qui, il y a douze ans déjà, était atteint de *papillomes végétants du larynx.* Comme il existait une aphonie et une dyspnée plus ou moins prononcées, j'avais proposé l'intervention. Au bout de quelque temps, la trachéotomie dut, en effet, être faite d'urgence, le malade étant en asphyxie complète et en état de mort apparente. Les néoplasmes purent dès lors être extirpés d'une façon complète, en quelques séances, avec les pinces de Fauvel et de Mackenzie; après quoi, j'insufflai un mélange de poudre de sabine et de tanin. L'action de ces deux médicaments est à noter, mais je ne considère leur emploi que comme un adjuvant du traitement opératoire qui, pour moi, est de beaucoup le plus important. L'examen du malade, que j'ai l'honneur de vous présenter, prouve que l'affection est absolument curable, à condition d'enlever chirurgicalement, avec le plus grand soin, tout ce que l'on voit de la tumeur.

M. *Delstanche.* — Dans les affections végétantes de l'oreille, Lucæ a proposé l'emploi de la sabine et de l'alun à parties égales.

M. *Gouguenheim* a observé un certain nombre de papillomes récidivants. Mais alors même qu'on a affaire à des papillomes récidivants et confluents, on peut arriver à une guérison définitive sous l'influence des frictions répétées de naphtol camphré, à la condition toutefois de faire l'ablation préalable à l'aide de la curette.

M. *Hicguet* a vu dernièrement un cas qui se reproduisait avec ténacité, disparaître après l'usage de l'acide chromique (qui avait déjà été préconisé par Bruns) en applications sur les cordes vocales, qui étaient complètement recouvertes de productions papillomateuses.

M. *Gouguenheim.* — Il n'est pas indifférent d'utiliser les frictions avec n'importe quel ou quel médicament; il arrive parfois que l'acide lactique, soit efficace dans certains cas où d'autres moyens restent sans résultat.

2° Cette dame est atteinte, depuis plusieurs années, d'une *dilatation circonscrite de la portion cervicale de l'œsophage.* La déglutition n'est pas troublée, elle est assez facile; il existe parfois de la régurgitation. Il arrive que la poche se remplit de masses alimentaires, devient pâteuse et qu'il se produise

Digitized by Google

une véritable rumination. J'ai prescrit l'acide chlorhydrique, qui rend la digestion plus facile. Mais à côté de cette altération, nous en rencontrons une seconde : c'est celle d'un goitre qui a son siège au côté opposé et qui était développée avant l'appation de la première.

Nous savons que la pathogénie de la dilatation œsophagienne est encore assez discutée; la dilatation se fait par rétraction ou par propulsion. Notre cas appartient à la seconde variété. On sait aussi qu'on a considéré cette affection comme congénitale parce qu'elle occupe la même région que les fistules congénitales du cou. Notre cas doit être regardé comme consécutif au développement du goitre : le corps thyroïde exerce une compression et fait l'office d'une cravate comprimant la paroi digestive, qui se dilate en poche volumineuse.

On a proposé l'enlèvement de ces diverticules (von Bergman). Mais l'intervention n'est indiquée que dans les cas de troubles considérables.

3° Cet homme présente des *lésions spécifiques du larynx.* Nous les avons trouvées très prononcées alors qu'aucun autre organe n'était lésé. Le malade ne se plaint de gêne que depuis quelque temps; les douleurs ne sont pas bien accentuées, l'enrouement est peu prononcé. Mais l'épiglotte a disparu en grande partie ; à la région aryténoïdienne droite, nous avons rencontré une ulcération à bords taillés à pic, et la corde vocale supérieure gauche était infiltrée.

Nous n'avons pu établir le diagnostic de syphilis que par exclusion, et le traitement en a été le criterium. Du reste, la période d'incubation a dû porter sur ungrand nombre d'années, et les troubles accusés par le malade ne sont pas en rapport avec les constatations laryngoscopiques.

M. Delstanche. — 1° *Injections intra-tympanales de vaseline liquide.*

Lors de notre précédente réunion, j'ai eu l'occasion de vous signaler les bons effets des injections intra-tympanales de vaseline liquide, pure ou additionnée d'iodoforme, dans les affections chroniques de l'oreille moyenne. Depuis lors, de nouvelles et nombreuses observations n'ont fait que confirmer l'excellence de cette méthode et son innocuité absolue. C'est ainsi que j'ai été amené à en étendre l'usage aux maladies aiguës de l'oreille moyenne, avec phénomènes douloureux, qu'il y ait ou non un épanchement à l'intérieur de la caisse, voire dans les cas d'ab-

Digitized by Google

cédation imminente. J'ai recueilli un certain nombre d'observations d'hydropisies aiguës très douloureuses de l'oreille moyenne, avec congestion intense du tympan, où la paracentèse suivie d'injections massives *per tubam* a non seulement coupé la souffrance, mais arrêté net le processus, au point que deux à trois jours plus tard la régression du mal était complète ou à peu de chose près. J'ai vu aussi les injections de vaseline sans paracentèse préalable, suffire, dans des cas aigus, à apaiser non seulement la douleur, mais à provoquer définitivement l'élimination de l'exsudat dont la caisse était remplie, et cela souvent dès la première séance de traitement.

Enfin, les injections massives de vaseline saturée d'iodoforme m'ont rendu grand service dans le cas de suppuration opiniâtre de l'oreille moyenne, que nous avons vu maintes fois se développer à la suite de l'influenza, suppurations qui s'accompagnaient de douleurs d'oreille persistantes, parfois avec sensibilité et empâtement de l'apophyse mastoïde, malgré l'existence d'une perforation du tympan donnant toute facilité aux sécrétions pour s'éliminer par le conduit. Mon confrère Noquet vient de me dire avoir eu recours, en pareil cas, à la même médication et en avoir, comme moi, constaté d'excellents résultats.

2° *Présentation d'instruments.*

1) *Sondes flexibles à mandrin caché.* Elles sont semblables, en de moindres proportions, aux sondes molles dont se servait Deleau pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache ; mais au lieu du mandrin métallique que ce confrère poussait dans le canal de l'instrument pour lui donner la rigidité et la consistance voulues, et qu'il lui fallait retirer une fois la sonde en place, le mandrin est représenté ici par une tige de métal malléable dissimulée dans l'épaisseur de la paroi. Ces petites sondes conservent parfaitement la courbure qu'on juge à propos de leur donner, et elles doivent à leur grande flexibilité d'être d'un contact beaucoup moins désagréable que les tubes rigides, pour les parois des cavités où elles sont introduites. M. Delstanche les préconise surtout pour le lavage des perforations de la membrane Shrapnell et du sinus maxillaire.

2) *Obturateur du conduit auditif externe.* M. Delstanche se sert d'une perle en bois, de forme légèrement conique, et recouverte de caoutchouc. Ainsi, on évite de transmettre à l'oreille malade les sons qui proviennent de la main de l'opérateur.

3) *Porte-ouate* spiroïde, servant à la dilatation progressive

Digitized by Google

des narines ; s'introduit à l'aide de légers mouvements de rotation.

4) *Enleveur des crêtes de la cloison.* Cet instrument est à levier, et peut agir à volonté sur le côté droit ou gauche de la cloison. Il est formé de deux tiges : l'une est concave et présente sur sa concavité des dentelures qui servent à la fixer; la seconde tige est coupante et doit être appliquée contre la paroi à enlever.

5) *Raréfacteur modifié.* La modification consiste dans la substitution aux soupapes en baudruche de soupapes métalliques d'un genre tout nouveau, offrant beaucoup plus de résistance et pouvant fonctionner indéfiniment, s'il ne s'y introduit pas de poussière et si on a soin de les humecter de temps à autre de vaseline. En vue de satisfaire à un désidératum qui lui a été signalé par plusieurs confrères, mais dont il n'a jamais été frappé lui-même, il a muni le dernier modèle de son raréfacteur à double effet d'un arrêt, permettant de limiter à volonté le champ de course du piston.

M. Schuster. — *De l'angine mercurielle.*

L'angine est produite par refroidissement, ou par la propagation d'affections buccales, pharyngiennes, par des maladies infectieuses, la diphtérie, la scarlatine ou la syphilis, les intoxi cations chimiques, par l'iodure de potassium qui peut la provoquer après la première dose. Mais je crois que le mercure en est aussi une cause fréquente; nous pourrions dénommer cette variété, « angine mercurielle ». Elle s'observe souvent pendant le traitement par les frictions mercurielles. Dans certains cas, on peut se demander si l'affection est spécifique ou accidentelle, et il peut être difficile et même impossible de le déterminer. Dans certaines conditions, on est obligé de cesser le traitement, ce qui amène une amélioration de cette lésion; dès lors, la courbature, la fièvre, la gêne de la déglutition s'amendent. J'ai observé que si l'angine se développe sous l'influence du traitement mercuriel sans qu'aucune autre affection soit manifeste, et qu'on écarte les piliers, il sort, en comprimant les amygdales, une sorte de masse sanguine avec concrétions, surtout au niveau des follicules amygdaliens de la surface libre de l'organe. La forme spéciale que je décris est caractérisée par la formation de concrétions situées dans les cryptes, derrière l'arc palatin antérieur ; en les ouvrant, on découvre des grains caséeux qui sortent au nombre de 3, 4 ou 6. L'enlèvement de ces masses fait disparaître les troubles locaux. Si l'on continue à

Digitized by Google

presser, on obtient un écoulement de sang. Ajoutons que si l'on abandonne ces masses à elles-mêmes, on peut observer des phénomènes ressemblant à la diphtérie.

M. Koch. — *Corps étranger du larynx.* (Voir page 537 dans ce numéro.)

M. Capart. — 1° *De l'emploi de l'électrolyse dans les fibromes naso-pharyngiens.*

Le nommé T... a été atteint de végétations pharyngiennes dont il a été complètement guéri. Dans la suite, il s'est développé une tumeur de la partie postérieure des fosses nasales occupant tout le pharynx et s'étendant jusqu'à la base de la langue. Tous les traitements employés sont restés sans résultat. Mais l'emploi de l'électrolyse a eu le plus plein succès, car il n'existe plus qu'un petit fragment du polype à la base du crâne.

Comme méthode, j'ai d'abord recouru à l'électrolyse bipolaire, deux aiguilles étant introduites soit dans le pharynx soit dans le nez. Actuellement je fais usage de l'électrolyse unipolaire, un électrode dans le pharynx, l'autre sur l'avant-bras gauche. Les séances sont répétées toutes les semaines et se prolongent de quinze à vingt minutes ; je me sers des piles Leclanché et du galvanomètre de Reiniger d Erlangen ; au début, le malade ne supportait que 10 milliampères, j'en suis arrivé à 25.

M. Hicguet. — La puissance des appareils varie avec leur origine ; aussi faut-il spécifier nettement ceux dont on fait usage.

M. Gouguenheim. — Les applications du traitement électrolytique m'ont fourni l'occasion d'observer des faits intéressants. J'ai eu à traiter, par cette méthode, des cas de crête de la cloison, des éperons osseux et ostéo-cartilagineux, ainsi qu'un cas de fibrome naso-pharyngien avec prolongement du côté du nez. J'ai remarqué que l'électrolyse unipolaire était lente dans son action. Mais la méthode bipolaire est beaucoup plus rapide ; en raison de la suppression des résistances, elle permet d'arriver, en peu de temps, à 20, 25 milliampères et quelquefois au delà, en employant seulement quelques éléments de la pile de Chardin.

J'ai traité, ai-je dit, des cas de crêtes (ostéo-cartilagineuses) de la cloison par la méthode bipolaire ; dans l'un d'eux surtout j'ai obtenu un résultat excessivement rapide, la crête a même fait place à une perforation assez considérable de la cloison. Le

Digitized by Google

temps d'application variait entre cinq et dix minutes. L'effet est donc brutal, considérable.

Pour le traitement du fibrome naso-pharyngien, il suffit de quelques éléments pour obtenir 20 à 25 milliampères, les séances de cinq minutes. J'ai été pourtant obligé de revenir à la galvanocaustique dont je redoutais les effets à cause de la vascularité du tissu néoplasique; j'ai pratiqué la section en deux ou trois séances, de manière à ne pas déterminer d'hémorragie. Ce fait me permet de conclure qu'il y a des exagérations dans les applications de la méthode bipolaire aux fibromes rhino-pharyngiens, n'ayant pas réussi par ce moyen.

Puisqu'il faut spécifier les instruments que j'ai employés, je dirai qu'il s'agissait des piles de Chardin, à courant continu, au bisulfate de mercure et du galvanomètre de Chardin. Quelques éléments suffisaient pour me donner le nombre de milliampères que je n'obtenais qu'avec 10 et 15 éléments lorsque j'employais la méthode unipolaire.

2° *Cas de mycose pharyngée.*

Le chapitre de la mycose pharyngée présente encore plusieurs points obscurs, bien que, dans ces dernières années, il ait été publié, à ce sujet, des faits importants. A côté des aphtes, du muguet, de l'angine pultacée, de la diphtérie, de la mycose amygdalienne, on rencontre des cas qui ne rentrent pas dans le cadre pathologique ordinaire. Dans plusieurs d'entre eux, on trouve des dépôts du côté de la langue, il existe de la douleur et le traitement est peu efficace; dans les derniers temps, la langue se montre comme pelée. Dans d'autres, à côté de symptômes purement locaux, on constate des phénomènes généraux.

Voici le résumé des trois cas que j'ai observés.

Le premier malade n'avait présenté au début que des phénomènes oculaires, qui avaient fait croire à un empoisonnement par la belladone; puis survinrent des phénomènes du côté de la gorge. Au niveau de la paroi postérieure et sur les choanes, sur les amygdales, sur la base de la langue, on trouve des fausses membranes qui baignent dans un mucus très adhérent. De plus, le malade ne voit plus de près et ne parvient plus à lire. Je me livre alors à un examen approfondi au point de vue de l'origine de l'affection, et j'apprends que les pigeons de la maison habitée par le malade mouraient presque tous. En pratiquant l'autopsie de ces animaux je découvre, dans la gorge, un enduit grisâtre, peu adhérent, présentant la même structure que celui que porte le patient. Je prescris des

Digitized by Google

injections détersives, des astringents, des antiseptiques, mais sans obtenir de résultat. Il suffit alors d'un séjour de quelques semaines à Ostende pour amener la guérison.

Mon deuxième malade est le père d'un avocat qui avait assisté à une partie de chasse et y avait mangé un pâté de perdreaux. Dès la nuit suivante se déclarèrent des symptômes graves, des vomissements, de la diarrhée, faisant penser à un véritable empoisonnement. Le lendemain, le malade se plaint de sécheresse de la gorge, de difficulté de la déglutition, d'impossibilité de lire et de voir de près. L'examen de la gorge me fournit les mêmes constatations que dans le premier cas : elle est couverte de plaques plus ou moins arrondies, blanchâtres, reposant sur un fond rouge, et envahissant les piliers, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx. Ces lésions disparaissent en très peu de temps.

Chez le troisième malade, le fils du précédent, il n'en est pas de même : la guérison n'est obtenue qu'au bout de six mois.

Les instillations d'ésérine avaient procuré une certaine amélioration du côté de la vue. Le symptôme qui persista le plus longtemps fut la dysurie.

De l'observation de ces faits, je conclus qu'il existe dans le pharynx et la cavité buccale une affection microbienne, voisine de la diphtérie et pouvant produire des symptômes paralytiques du côté de l'œil, du pharynx et de la vessie.

On a attribué aux oiseaux la plupart des symptômes diphtéritiques que présentent les malades. En interrogeant les malades porteurs d'angine pultacée avec enduits siégeant du côté du pharynx et de la base de la langue, on apprend souvent qu'ils ont été en contact avec des oiseaux.

M. *Delstanche.* — J'ai vu une dame qui présentait depuis quelques jours des phénomènes d'angine pseudo-membraneuse : dans sa basse-cour, il s'était déclaré une affection diphtéritique.

M. *Eeman* demande quels sont les caractères différentiels entre ces exsudats et la dipthérie chronique du pharynx.

M. *Capart.* — Dans cette dernière nous avons du strabisme et de la paralysie du voile ; jamais la diphtérie ne s'accompagne de paralysie des deux pupilles et de la vessie ; de plus, la paralysie y est tardive ou elle éclate d'emblée.

M. *Gouguenheim* fait remarquer que le pâté est un mets bien cuit. Aussi son influence pathogénique est-elle peu compréhensible.

Digitized by Google

M. *Capart.* — On peut émettre un doute sur la contagiosité du mal, sur les rapports des deux faits. Mais leur coïncidence est à signaler.

M. *Schiffers.* — La diphtérie se montre avec des caractères divers : elle est légère, plus ou moins grave ou très grave. Il y a des cas de diphtérie chronique existant depuis des mois, et donnant naissance à des phénomènes paralytiques. L'affection est une intoxication virulente, différente de la pharyngo-mycose, laquelle ne cause pas de troubles bien graves et qui reste essentiellement locale. L'examen microscopique tranche du reste le problème. Les cas de M. Capart me paraissent plutôt se rapporter à la diphtérie, avec peut-être une certaine variation symptomatique, que l'on peut attribuer à une différence d'origine ; je crois donc à une forme anormale de diphtérie. Quant au pronostic, il est impossible de le déterminer au préalable d'une manière nette.

M. Delie. — *Cas d'acné rosacé hypertrophique. Rhinoplastie.*

Communication verbale, très concise, d'un fait thérapeutique fort intéressant que l'auteur se propose de lire *in extenso* et avec tous les développements nécessaires devant la Société de chirurgie de Paris.

M. Hicguet. — *Un cas d'abcès de la trachée.*

Ces cas sont assez rares ; M. le Dr Jacobs en a publié une observation dans la *Presse médicale.* Celui que j'ai rencontré se rapporte à un homme âgé de 35 ans, qui avait séjourné pendant longtemps dans les pays chauds ; il avait de la diarrhée et présentait un affaiblissement considérable, de l'aphonie, mais pas de gêne respiratoire. A l'examen laryngoscopique, la corde vocale gauche se montrait paralysée. Pas de traces de tuberculose. Quinze jours après, le malade fut pris d'un violent accès de suffocation ; je trouvai une sténose laryngée avec expectoration très faible ; mais la suffocation n'existait qu'à l'expiration, l'inspiration était libre, alors que l'expiration provoquait un véritable mouvement de soupape. L'examen laryngoscopique montra que les trois à quatre premiers anneaux de la trachée n'offraient rien de particulier ; je pensai à une tuméfaction trachéale, obstruant ce conduit pendant l'expiration : la rapidité avec laquelle les phénomènes s'étaient développés me permettait de repousser l'idée d'une tumeur. Mais comme le malade était très affaibli et était presque râlant, je jugeai la trachéotomie inutile. Le lendemain, pourtant, il rendait un vase de muco-pus mélangé de

Digitized by Google

bulles d'air et la respiration était devenue complètement libre. L'examen que je fis faire du pus ne permit pas d'y trouver de bacilles ; l'auscultation et la percussion restaient négatives ; de plus, pas de traces de syphilis signalée par Gerhardt. Le malade mourut trois à quatre jours après : l'autopsie ne put être faite. Je crois pouvoir conclure, de l'examen des phénomènes, à un abcès de la trachée.

M. *Delie.* — N'existait-il pas de ganglion bronchique suppuré ?

M. *Hicguet.* — La corde vocale gauche était paralysée ; en exerçant de la compression de ce côté, on déterminait de la douleur. Il s'agissait peut-être d'une adénite suppurée ; je n'ai pourtant pas trouvé de ganglion.

M. *Eeman* a publié l'observation d'un enfant, chez lequel un abcès ganglionnaire de la trachée avait déterminé la mort subite, alors qu'il n'avait jamais présenté aucun phénomène antérieur.

M. *Gouguenheim.* — La paralysie du nerf récurrent fait penser à une compression préalable.

M. *Hicguet.* — Dans certains cas, on trouve les anneaux de la trachée dans la poche abcédée. Gerhardt est d'avis qu'il s'agit d'une affection syphilitique ; ce n'était pas le fait pour mon cas.

M. *Gouguenheim.* — Les ganglions péritrachéens sont assez nombreux. En raison de la paralysie du récurrent, il n'est pas improbable que M. Hicguet ait eu affaire à un ganglion trachéen suppuré comprimant le nerf.

M. *Béco.* — Les abcès des ganglions bronchiques donnent toujours lieu à une quantité considérable de pus et cela au point que l'on croirait à la tuberculose ; les malades deviennent cachectiques mais finissent par guérir. Il y a quelques années, j'ai vu un homme de 60 ans, présentant de la gêne de la déglutition, mais pas de douleur ; il présentait un peu de fièvre et d'embarras gastrique. Deux jours après, survint un accès de suffocation au milieu duquel il rendit 200 grammes de pus. Un examen minutieux, l'auscultation et la percussion restèrent négatifs. A ce moment survint une aphonie avec hyperémie du larynx tout entier, et une paralysie de la corde vocale gauche. Pendant huit jours, ce malade continua à cracher 200 grammes de pus par 24 heures. Dans un deuxième cas, le diagnostic avait été fait par Péter, qui avait pensé à une lésion des ganglions bronchiques

Digitized by Google

en l'absence de tout signe d'auscultation ; ce patient rendit également du pus.

M. *Boland.* — Un enfant de 7 ans présentait un tirage très prononcé : on incisa la trachée et il sortit une cuillerée de pus. Guérison au bout de quelques jours.

M. *Schiffers* a vu une pleurésie purulente enkystée ayant déterminé une sténose complète de l'œsophage. Cette affection est parfois méconnue. Quant aux adénites péri-bronchiques suppurées, elles tiennent à un mauvais état général, ce qui fait que la guérison n'est pas aussi rapide.

M. Eeman. — *De la recherche de l'acuité auditive par la voie osseuse, au moyen des diapasons.*

En trouvant l'épreuve de Corradi rangée à côté de celle de Weber, de Rinne, etc., dans le traité d'otologie de Bürkner, je me suis demandé si elle avait des titres suffisants pour prendre place parmi les procédés classiques. J'ai examiné à ce point de vue 50 personnes, prises au hasard, soit 100 oreilles.

Dans un premier groupe de 66 qui étaient absolument normales, j'ai obtenu 50 fois des résultats négatifs ; 7 cas ont donné des résultats positifs, il y eut sensation secondaire, mais d'une durée très faible, d'une fraction de seconde, et jamais le phénomène ne put être constaté en répétant l'expérience. Dans deux cas seulement, l'épreuve a été nettement positive, mais la sensation secondaire a été unique et n'a duré que deux à trois secondes.

Donc : les résultats positifs, loin d'être fréquents, s'observent dans des cas exceptionnels, soit 3 0/0.

Dans un deuxième groupe de 34 oreilles représentant les maladies les plus variées, je n'ai jamais eu de résultat nettement positif, rarement une perception secondaire, unique, non répétée, d'une fraction de seconde.

Donc, lorsque la sensation secondaire se produit, elle est de courte durée et unique. De plus, l'épreuve de Corradi n'a pas, au point de vue de la localisation des lésions anatomiques, causes de la surdité, la valeur diagnostique qu'on a voulu lui attribuer.

Dans toutes ces recherches, M. Eeman s'est servi du diapason *la* du Conservatoire de Paris, et *ut* de la même octave.

Si l'on mesure maintenant l'acuité auditive par la *voix murmurée*, on observe deux groupes de faits. Dans un premier, la limite de la zone d'audition est nette, facile à déterminer, la zone

Digitized by Google

où tout est entendu fait assez brusquemment place à celle où rien n'est entendu. Elle s'étend en général jusqu'à trois mètres. Dans la deuxième catégorie, les différences sont difficiles à noter, nous avons une « zone douteuse », vague ; il existe entre la zone d'audition et la zone de silence, une zone douteuse où quelques mots seulement sont entendus, d'autres pas. Elle peut mesurer plusieurs mètres.

Bien que ses recherches à ce sujet ne soient pas terminées, M. Eeman croit pouvoir attribuer à l'existence de cette zone douteuse une valeur au point de vue du pronostic ; une zone douteuse étendue légitime un mauvais pronostic. Peut-être l'existence de cette zone douteuse a-t-elle aussi une valeur diagnostique ? La zone douteuse existerait surtout dans les cas d'otite moyenne scléreuse avancée, ayant entraîné des altérations de l'appareil nerveux et les affections labyrintiques primaires.

M. *Delstanche.* — Si l'épreuve de Corradi, au sujet de laquelle je n'ai pas fait d'expériences personnelles, n'est sortie victorieuse du contrôle auquel l'a soumise notre confrère Eeman, celui-ci aura, je crois, plus sujet d'être satisfait des résultats fournis par un autre procédé d'investigation à l'aide du diapason et basé, lui aussi, sur la perception secondaire. Je veux parler de l'épreuve de Bing.

Lorsque chez un sujet dont l'ouïe est normale, on place un diapason de tonalité moyenne sur la ligne médiane du crâne et qu'aussitôt le son éteint, on bouche l'un des conduits avec le doigt, le son se perçoit à nouveau et pendant plus ou moins longtemps du côté de l'oreille bouchée. Si cette perception secondaire est diminuée ou abolie, il y a lieu, d'après notre savant confrère de Vienne, d'en inférer un désordre de l'appareil de transmission, et cela avec d'autant plus de fondement que la perception primaire aura persisté plus longtemps. J'ai vérifié la parfaite exactitude du fait avancé par M. Bing. De plus, il résulte d'expériences que j'ai instituées depuis quelque temps sur un nombre assez grand de personnes, que cette épreuve peut, selon moi, trouver d'utiles applications diagnostiques dans les cas de surdités unilatérale. Ainsi si, en cas d'affection unilatérale, la perception secondaire du diapason a lieu du côté malade, et c'est ce que nous avons constaté presque sans exception, lorsque l'on bouche l'oreille saine, il y a de fortes présomptions en faveur d'une affection localisée dans l'oreille moyenne. Par contre, si le renforcement se produit du côté

Digitized by Google

bouché (oreille normale), la surdité peut être considérée comme due en totalité, ou du moins en partie à une lésion labyrintique. Trois fois seulement sur une centaine d'expériences environ, et alors qu'il s'agissait d'une affection bornée à l'oreille moyenne, nous avons vu le son se renforcer du côté non lésé.

Il va de soi que je ne donne ces résultats qu'à titre de renseignement et que je n'ai d'autre but, en vous les faisant connaître, qu'à vous engager à pousser également vos recherches dans cette direction.

M. Noquet. — *Démonstration histologique d'une tumeur nasale.*

L'année passée, à la même réunion, j'ai présenté une tumeur papillomateuse qui provenait de l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche; elle avait le volume d'une mirabelle, était muriforme, rose, d'aspect framboisé. J'avais cru à l'existence d'un papillome. Mais l'examen microscopique pratiqué par MM. Lemoine, de Lille, et Laurent, de Bruxelles, a montré qu'il s'agissait d'un polype myxomateux.

Les papillomes vrais des fosses nasales sont rares. Il ne faut pas les confondre avec les tumeurs à aspect papillomateux qui se développent surtout dans le méat inférieur ou sur le cornet inférieur. Je suis porté à croire que le passage de l'air n'est pas sans exercer quelque action sur l'aspect que prennent ces productions.

On sait d'ailleurs que les tumeurs du bas-fond de la vessie deviennent facilement papillaires.

M. Rutten. — *Présentation d'une pièce pathologique.*

Cette pièce est constituée par un petit osselet, par l'extrémité libre du manche du marteau; je l'ai rencontré, au milieu d'un caillot sanguin, chez un homme qui souffrait d'écoulement depuis quelque temps. L'ouïe est redevenue normale.

M. Moll. — *Trépanation de l'apophyse mastoïde.*

L'année passée, à cette réunion, M. Guye a rapporté la relation de deux cas de perforations de l'apophyse mastoïde, dans lesquels l'épanchement se fait entre les fibres musculaires de l'aponévrose profonde du cou, et qui se terminent par un abcès rétro-pharyngien, etc. Cette variété de perforation n'est pas aussi rare qu'on le croit, car je l'ai rencontrée deux fois. Mon cas présente ceci de particulier qu'il n'a aucun caractère de chronicité et qu'il est consécutif à l'influenza.

Il se rapporte à un homme de 50 ans, ayant eu l'influenza en

Digitized by Google

décembre dernier. Dix jours après, otorrhée droite. Le 4 janvier, céphalalgie, surtout temporale, audition de la voix élevée à 5 centimètres, épreuve de Rinne négative; en outre, perforation du tympan. Les apophyses mastoïdes sont normales. Je pratique la paracentèse à gauche et agrandis la perforation à droite. Lavages intra-tympaniques *per tubam*. Amélioration, mais quinze jours après, douleurs à l'apophyse droite et gonflement, qui ne cède pas au traitement institué. Le 15 février, tuméfaction de l'apophyse à la région inférieure, s'étendant bientôt jusqu'à la fosse rétro-maxillaire. Pendant ce temps, l'autre oreille est revenue à peu près normale. Le 10 février, trépanation : décollement du périoste, l'os, qui est normal et dur, est perforé à 1 centimètre de profondeur, je parviens aux cellules, ou plutôt je pénètre dans une substance spongieuse et congestionnée que j'enlève avec la curette. Je me dirige alors vers le bas, je résèque l'os après détachement des parties molles et j'ouvre l'abcès. Injection et drainage. Cette intervention est suivie d'amélioration, mais, quelque temps après, à la suite d'un refroidissement, se déclare une rechute de l'oreille opposée, où la région inférieure de l'apophyse se tuméfie et s'accompagne de paralysie du nerf facial. J'ouvre également cette apophyse, et cela, comme dans le premier cas, sans m'occuper de l'antre mastoïdien, attribuant la paralysie à la compression du nerf au niveau du trou stylo-mastoïdien : opération identique à la première (méthode de Bezold), puis raclage et tamponnement à la gaze iodoformée. Les phénomènes douloureux et paralytiques persistent, je trépane l'antre mastoïdien.

Actuellement : audition de la voix élevée à 10 mètres, de la voix basse à 3 mètres ; la paralysie faciale, soumise au courant induit, a à peu près disparu.

Je désire surtout attirer l'attention sur les périodes d'amélioration rencontrées au cours de cette maladie. M. le professeur Politzer a insisté déjà sur ce fait (v. *Annales des Maladies de l'oreille*, mai 1891) : il a observé plusieurs cas dans lesquels les symptômes, douleur, hyperémie locale, fièvre, avaient disparu pendant quelque temps, et où les phénomènes de perforation de l'apophyse reparaissaient brusquement avec une violence telle que l'opération devait être pratiquée d'urgence.

Autre fait. Ainsi que l'a fait remarquer M. Politzer, il ne suffit pas de la présence du pus dans les cellules mastoïdiennes pour déterminer l'abcès mastoïdien ; la véritable cause est l'inflam-

Digitized by Google

mation du revêtement muqueux. Or, les cellules communiquent avec l'antre par des conduits étroits et la rétention est facile : il faut donc intervenir de bonne heure.

M. Laurent. — *La trépano-ponction de l'antre pétreux chez l'enfant.*

La dénomination d'antre pétreux donnée par Poirier à l'antre mastoïdien doit être conservée, parce qu'il existe à la naissance avec des dimension à peu près égales à celles qu'on rencontre chez l'adulte, qu'il se développe au dépens de la portion pétreuse du temporal et que l'apophyse mastoïde n'existe pas chez le nouveau-né.

L'antre peut être le siège de suppuration, soit primitive, soit consécutive aux lésions de la caisse, le pus s'accumulant dans cette dernière cavité, dans l'attique ensuite, et passant par l'*aditus ad antrum* dans l'antre. Or le conduit prémastoïdien que j'appellerai antro-tympanal, prend naissance à la partie supérieure de l'antre, condition défavorable à l'évacuation du pus. En outre, chez l'enfant, il peut exister des traces de la membrane inter-antro-tympanale.

Supposons une rétention purulente dans cette région. On fait la paracentèse par exemple, on évacue une certaine quantité de pus, mais les phénomènes inflammatoires ne s'amendent pas. C'est dans ces conditions surtout qu'on pourra faire avec fruit une ponction exploratrice, et à l'aide d'un procédé spécial, introduire du même coup une canule permettant des lavages antiseptiques.

Voici l'instrument et le *modus operandi* que je préconise dans ce but.

Comme le démontrent ces coupes, la cavité est située un peu au-dessus du conduit auditif osseux, au niveau de son angle postéro-supérieur, à 2, 3, 4 millimètres et plus de distance suivant les âges. Il est dès lors facile d'y pénétrer et cela sans accident; le canal semi-circulaire horizontal n'est en rapport qu'avec la paroi interne du conduit antro-tympanal, et le nerf facial est situé en dessous de la région. (Chez l'adulte, l'épaisseur de la paroi osseuse est en général trop considérable pour rendre le procédé largement applicable).

L'instrument est constitué par une tige perforante, à extrémité tranchante, taillée en biseau. La tige porte deux canules : la première, plus longue, canule d'introduction, est munie d'une plaque qui facilite l'action du doigt ; la deuxième, courte, con-

Digitized by Google

struite d'après les dimensions appropriées (une série de quatre est nécessaire), et munie d'une plaque d'arrêt, est placée au bout de la première, et entoure l'extrémité de la tige, à part la partie coupante; c'est la canule à drainage.

Pour l'introduire, on saisit l'instrument de la main droite, on en porte l'extrémité sur l'angle postéro-supérieur du conduit auditif (osseux point de repère facile à sentir), en la dirigeant en arrière et en dedans; on imprime à la tige quelques mouvements de rotation, et la pénétration se fait facilement, alors même que l'os n'est pas ramolli; la plaque d'arrêt de la canule à drainage ne permet de pénétrer qu'à la profondeur désirée. A l'aide du pouce, on fait avancer la canule d'introduction, qui refoule la première, et celle-ci reste en place au moment où l'on retire le trocart. On a pratiqué de la sorte une ponction exploratrice; si le pus n'apparaît pas, on peut faire l'aspiration avec un instrument *ad hoc* (l'aspirateur injecteur que j'ai fait construire, celui de Delstanche légèrement modifié, la seringue d'Anel épaissie à l'extrémité), on procède ensuite aux injections antiseptiques. Il restera à voir, dans quelques cas, s'il y aura lieu à recourir à une opération plus considérable.

M. Bayer. — 1° *Epithélioma primitif du larynx. Laryngectomie; application d'un larynx artificiel.*

Un homme de 60 ans se présenta chez moi avec une sténose presque complète du larynx. A l'examen laryngoscopique je constatai qu'elle était produite par des tumeurs végétantes du larynx. Je fis l'extirpation d'un fragment et en soumis l'examen microscopique à M. le Dr Laurent, de Bruxelles, qui diagnostiqua un épithélioma pavimenteux, à globes épidermiques. Deux jours après, j'essayai l'extirpation d'un nouveau fragment, dans le but d'obtenir quelque amendement des phénomènes, mais une hémorragie survint et je fis le tubage du larynx, que je dus faire suivre, peu après, de la trachéotomie. De nouveaux accès de suffocation survinrent le lendemain et la nuit suivante : la canule trop courte était sortie de la trachée et avait permis la fermeture de la plaie; j'en introduisis une nouvelle. Accalmie complète. Quinze jours après, M. le Dr Lavisé, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean, dut pratiquer la laryngotomie, puis, celle-ci étant reconnue insuffisante, à cause de l'envahissement du néoplasme, la laryngectomie. Après l'opération, une sonde œsophagienne fut laissée à demeure. La plaie se cicatrisa rapidement et sans incident. Aussi, quatre semaines après, fut-il possible

Digitized by Google

d'appliquer un larynx artificiel Gusserbauer, ce qui permit au malade de parler d'une façon suffisamment intelligible. Mais, au bout de trois mois, survint une récidive et il mourut subitement.

2° *Ulcérations typhiques pharyngées.*

La fièvre typhoïde débute rarement par l'envahissement des voies respiratoires, et les laryngologistes surtout n'ont guère l'occasion d'observer le fait. Voici ce qui survient dans ces conditions. Les muqueuses nasale, naso-pharyngienne, pharyngo-laryngée, trachéale, tubaire, intra-tympanique peuvent montrer une injection inflammatoire. J'ai vu un cas débuter par une angine folliculaire. Puis, on observe des ulcérations superficielles du côté des piliers, du voile du palais, de la luette, constituant de petites pertes de substance ovalaires, circulaires, à bords découpés, peu profondes, s'étendant tout au plus jusqu'à la couche musculaire, mais ne s'accompagnant pas d'exsudat. Elles sont peu graves par elles-mêmes et disparaissent vers la fin de la troisième semaine.

Mais elles présentent de l'importance au point de vue du diagnostic et du pronostic. Leurs caractères ne permettent pas de les confondre avec des ulcérations tuberculeuses, aphteuses ou autres, puis elles renferment le bacille typhique. Pour ce qui est du pronostic, elles indiquent un état grave (Vouwiller). J'ai eu du reste l'occasion de me convaincre de ce fait par l'observation d'un cas qui s'était montré chez un confrère et qui se termina par la mort.

La lésion la plus fréquente du larynx est ce que l'on appelle communément le catarrhe : cet organe offre de la rougeur du vestibule, une desquammation épithéliale, des plaques furfuracées à l'épiglotte, aux replis aryténoïdiens et ary-épiglottiques. En envahissant les parties profondes, ces ulcérations donnent lieu aux symptômes du laryngo-typhus. D'après Landgraf, la présence de lésions laryngées n'implique nullement une affection grave.

M. *Gouguenheim.* — J'ai vu beaucoup de typhiques dans mon service hospitalier, mais je n'ai rencontré que très exceptionnellement ces cas d'ulcérations (décrits par Duguet) : on peut donc les regarder comme étant très rares.

M. Rousseaux. — *Instrument nouveau pour les éperons de la cloison.*

Heymann, Hartmann et d'autres, emploient, dans certains cas de déviation, des gouges de formes et de grandeurs variées, à

Digitized by Google

l'aide desquelles ils sculptent la partie saillante, c'est-à-dire les éperons que l'on rencontre fréquemment à l'union du cartilage et du cadre osseux. C'est dans le but de diriger l'incision que nous avons fait fabriquer l'instrument que nous avons l'honneur de vous présenter.

Il se compose d'une branche fenêtrée à rainures, dans lesquelles peut glisser une gouge; cette partie de l'instrument rappelle l'amygdalotome de Mackensie. L'autre branche est une simple tige terminée par une petite plaque mobile. Celle-ci s'introduit dans la narine et sert à fixer la branche fenêtrée introduite de l'autre côté.

Nous avons opéré récemment un jeune homme atteint d'un éperon cartilagineux de la cloison du côté gauche, à l'union du cartilage quadrangulaire avec l'apophyse palatine du maxillaire supérieur. L'opération a bien réussi.

Nous nous permettons de faire remarquer qu'en faisant construire cet instrument, que nous pourrions appeler « septotome », nous avons uniquement eu en vue d'améliorer un procédé, sans vouloir combattre l'électrolyse, méthode qui nous paraît la meilleure. Nous voulons parler de la méthode bi-polaire (décrite récemment par Moure et Bergonié).

M. *Delstanche.* — Je trouve votre instrument trop grand : peu de malades en supportent l'application. De plus, comment agirez-vous, si l'éperon touche le méat inférieur ?

M. *Rousseaux.* — La branche fenêtrée a 15 millimètres de hauteur, mais on peut, sans inconvénient, la réduire à 9 ou 10 ; dans ces conditions, la surface de section mesurera encore 7 ou 8 millimètres de haut en défalquant les 2 millimètres des rainures. Que si l'éperon est très saillant, je fais la dilatation de la narine (au besoin même avec l'instrument que vous venez de nous présenter).

M. *Hicguet.* — La branche fenêtrée a déjà été appliquée. Mais l'instrument est original en ceci, que la seconde branche prend un point d'appui dans la narine opposée et fixe l'instrument.

M. Wagnier. — *Pemphigus bulleux du larynx.*

Le cas suivant, que j'ai observé l'année dernière, se rapporte à un homme de 63 ans, bien portant et ne présentant pas d'antécédents héréditaires ; pas de manifestations cutanées, pas de syphilis. Un jour, il présente de la fièvre, de la gêne de la déglutition, et la voix devient rauque. A l'examen, je découvre deux grosses bulles, l'une située sur la région gauche de l'épi-

Digitized by Google

glotte, l'autre à la base du cartilage aryténoïde, couvrant à peu près la moitié de la glotte : leur surface est lisse, elles se montrent sous l'aspect d'une perle assez claire, luisante. La fièvre cesse, mais les piliers deviennent plus enflammés. Je fais alors la ponction de la première bulle, mais les mouvements de déglutition ne me permettent pas d'observer le liquide qui en sortit ; le lendemain, la bulle laryngée s'ouvre spontanément. Au bout de quelques jours, la guérison est complète. S'agit-il, dans l'espèce, de pemphigus chronique ? Je ne saurais me prononcer à cet égard.

Ces cas sont assez rares : les seuls qui aient été rapportés et où a été fait l'examen laryngoscopique, appartiennent à Schrötter, à Neumann et à Seebriger. Je crois pourtant à un pemphigus aigu, correspondant à l'érythème polymorphe d'Hébra, à cause de l'évolution aiguë du mal et de l'absence de récidive muqueuse ou cutanée.

M. Wodon. — *Cas de nasonnement.*

Un homme de 28 ans présentait un nasonnement datant de l'enfance. Le cornet inférieur droit était obstrué ; la rhinoscopie postérieure était impossible à cause du volume énorme de la luette, le voile faisait saillie en avant. Le toucher de l'arrière cavité était difficile, il me permit cependant de constater l'existence d'une petite tumeur dépendant de la choane droite, avec direction vers la gauche. Je commençai par désobstruer la narine droite à l'aide du galvanocautère. Le malade put bientôt prononcer toutes lettres, à l'exception de R, K et Q. Je lui fis alors construire un appareil maintenant les fosses nasales dilatées et il arriva à prononcer R. Quelques séances d'électricité suffirent à rendre aux ailes leur élasticité. Comme le pilier postérieur restait volumineux et se dirigeait vers la ligne médiane, j'eus l'idée d'appliquer le traitement galvanocaustique, si efficace dans les hypertrophies de l'amygdale. Cela était d'autant plus nécessaire que la prononciation des lettres K, Q et C laissait à désirer ; l'aiguille fut placée sur chaque côté du voile. Huit jours après, le résultat était parfait.

M. Boval. — *Ablation d'une tumeur naso-pharyngienne.*

Le 18 février dernier, se présente à ma consultation un jeune homme, âgé de 20 ans, n'accusant aucune douleur, mais se plaignant d'obstruction de la narine gauche, datant de deux mois. Gêne respiratoire depuis cinq mois, épistaxis parfois abondants lorsque le malade se mouche ; suffocations nocturnes.

Digitized by Google

A l'examen rhinoscopique je constate, du côté droit, une légère déviation de la cloison, et une diminution de profondeur de la fosse gauche. En outre, pendant la déglutition, le soulèvement du voile est plus visible à droite. Le stylet me révèle la présence d'une tumeur dure, mobile, insérée en haut et en arrière à la base du crâne. A l'aide du miroir, je vois une tumeur gris rosée et lobulée. Ce toucher me permet de circonscrire une tumeur polypeuse, dure, pédiculée, mobile, occupant la moitié droite du cavum pharyngien et ayant à peu près le volume de la phalange du pouce.

Au point de vue opératoire, on peut diviser les tumeurs en : 1° dures; 2° molles; 3° pédiculées; 4° largement implantées; 5° mobiles; 6° adhérentes aux tissus voisins. Comme procédés, nous avons : 1° les procédés directs: 2° les procédés indirects nécessitant des résections temporaires partielles ou totales pour faciliter l'accès de la cavité, soit par la voie buccale (Gussenbauer), soit par la voie nasale (Chassaignac, Bruns, Langenbeck), soit par le maxillaire (Syme, Maisonneuve, Langenbeck, Michaux). Actuellement on ne recourt à ces procédés que dans les cas de tumeurs volumineuses où les procédés directs sont impuissants, ou dans les cas de néoplasmes adhérents.

Les procédés directs sont le curettage, la section, l'arrachement, l'électrolyse, la galvanocaustie. Les tumeurs molles, largement implantées (végétations adénoïdes) sont justiciables du curettage (Gottstein, Delstanche, Rousseaux), ou de la section (Chatellier). Pour les tumeurs dures, l'arrachement convient en général fort peu; on donnera la préférence à l'anse galvanocaustique ou à l'électrolyse. Mais le premier procédé est plus rapide et n'offre guère plus de danger, si l'on a soin de chauffer l'anse au rouge sombre et de la resserrer progressivement et lentement. C'est à cette méthode que j'ai eu recours.

Après cocaïnisation de la région, je me sers d'une longue anse d'acier, que je recourbe vers le bas pour l'introduire dans la narine gauche ; dès que je sens de la résistance, je saisis d'une main la double tubulure et de l'autre les deux chefs du fil que je pousse simultanément ; l'anse arrive ainsi facilement dans le pharynx.

Ayant ensuite abandonné le rétracteur du voile, je tire d'une main sur les deux chefs du fil, pendant que l'index de l'autre main tend à refouler l'anse derrière la tumeur. Cette tentative ne réussissant pas, je me sers du porte-lac retronasal du

Digitized by Google

Dr Goris, je répète la manœuvre décrite plus haut, et j'attire au dehors l'anse galvanique, une fois introduite dans la bouche, pour la jeter sur les mors de l'instrument; alors j'exerce de légères tractions sur les deux chefs du fil restés en dehors du nez, pendant que de l'autre main je soutiens le porte-lac, je parviens ainsi à introduire un fil fort haut, derrière la tumeur, je dégage le porte-lac et adapte les deux fils au galvano-cautère. Presque pas de perte de sang dans l'ablation. Plus tard, je pratique cinq séances de cautérisation du pédicule.

M. *Gouguenheim*. — Dans le cas de M. Boval, l'hémorragie a été presque nulle. Néanmoins, j'ai vu le contraire dans un cas de fibrome rhinopharyngien; ces tumeurs m'inspirent une grande appréhension, car le procédé galvanocaustique ne me semble pas à l'abri de l'hémorrhagie. Aussi crois-je devoir donner la préférence à l'ablation d'une manière progressive en deux ou trois séances, à l'effet d'éviter les hémorragies autant que possible.

M. *Wagnier*. — Une femme de 40 ans portait une tumeur pharyngienne énorme, du volume d'une pomme de terre, mais à pédicule court. Je recourus au procédé que j'ai indiqué antérieurement et qui consiste à refouler la tumeur, à l'aide des doigts, de l'arrière-gorge dans les choanes, à l'effet de la comprimer et d'en réduire le volume, puis de lui faire parcourir à nouveau cet isthme, et cela deux ou trois fois. La réduction de volume ainsi obtenue, il est facile d'introduire l'anse.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 mai 1892.

Compte rendu par P. Gastou.

Nouveau procédé pour cathétériser la trompe d'Eustache, par M. Lœwenberg.

Dans le cathétérisme de la trompe, la difficulté est de saisir le moment où la sonde est en face du pavillon. En faisant fermer

Digitized by Google

la bouche du patient et en lui recommandant de respirer par le nez, quand la sonde, introduite le bec en bas, a dépassé les fosses nasales, si l'on vient à faire exécuter au malade un mouvement de déglutition, l'instrument est repoussé avec d'autant plus de force qu'il est allé plus loin. C'est le voile du palais qui en se relevant repousse la sonde en lui faisant subir un mouvement de rotation en dehors, mouvement qui, aidé par une légère inclinaison, fait pénétrer le bec de l'instrument dans le pavillon de la trompe. Pour éviter les tâtonnements que peuvent donner de nouvelles séances, il est bon de se fixer un point de repère grâce auquel on pourra pénétrer facilement. Il suffit pour cela de marquer à l'aide d'un trait sur l'instrument le point affleurant à l'ouverture antérieure des fosses nasales.

Le même procédé peut s'appliquer aux deux oreilles et le point de repère pour l'une peut également servir pour l'autre.

Discussion :

M. Ménière. — Je ne vois pas en quoi ce procédé diffère tant du procédé de Triquet. Si on ne peut pas passer par suite d'une modification des cornets ou d'une déviation de la cloison, je ne vois pas en quoi ce procédé est utile. Ce qu'il faut alors, c'est de la légèreté et de la finesse, du tact. Je crois que le soulèvement du voile du palais doit être désagréable aux malades.

Je demanderai enfin dans quelles conditions spéciales M. Lœwenberg emploie son procédé.

M. Lœwenberg. — Je n'ai aucunement voulu parler des difficultés dues au passage nasal, j'ai traité ce sujet en parlant des déviations de la cloison. Je dis simplement qu'on a quelquefois de la peine à s'orienter quand le nez est franchi, et il arrive souvent qu'on trouve trop tôt ou trop tard. En agissant comme je l'ai dit, la sensibilité du voile du palais n'est nullement atteinte, on n'a jamais de mouvements reflexes désordonnés si l'on prend soin de faire respirer le malade par le nez et de faire déglutir dès qu'on a dépassé les fosses nasales.

Dr Hermet. — Je ne crois pas que la difficulté dont parle M. Lœwenberg en soit une : dans le cathétérisme il est difficile d'arriver à la trompe et non d'y pénétrer. Les malades n'ont pas souvent de nausées et encore moins en employant le procédé de Tillaux qui est mathématique.

Quand on use de ce moyen, dès que l'œillet de la sonde est

Digitized by Google

dans le plan des deux conduits auditifs externes, on est sûr d'être dans la trompe. Pour s'assurer qu'on y est bien, le stéthoscope auriculaire est le plus sûr des moyens. Souvent le malade, en avalant, envoie le cathéter dans la trompe. Toute la difficulté est d'arriver au pharynx.

M. Lœwenberg. — Je ne crois pas le procédé de M. Tillaux aussi sûr que le dit M. Hermet, il n'empêche pas les nausées et il est quelquefois difficile de distinguer la résistance du voile du palais de celle du pharynx.

M. Potiquet. — Le procédé de Tillaux n'est pas de lui, mais de Krause. Dans le cachétérisme tout est dans le point de repère. Le procédé de Triquet, qui se base sur la sensation donnée par l'extrémité postérieure du cornet inférieur, n'est pas aussi infaillible que le dit M. Ménière, car il dépend du prolongement de cette extrémité ou de la saillie de la muqueuse.

Je crois que les indications données par Lœwenberg peuvent être utiles.

M. Gellé. — J'ai indiqué dans mon livre un procédé qui m'a toujours évité des tâtonnements. Je prends un point de repère situé entre la saillie du bouton zygomatique et l'apophyse nasale antérieure quand ma sonde est dans ce plan, je tourne et j'entre sûrement dans la trompe. Zaufal avait décrit le procédé du voile du palais.

M. Lœwenberg. — Je connais le procédé de M. Gellé, il n'est pas toujours infaillible.

Un cas de corps étranger de l'oreille gauche, par le Dr Ménière.

On a beaucoup dit déjà sur les corps étrangers de l'oreille, cependant j'ai observé un cas qui m'a paru digne d'être rapporté.

En avril 1891, je vis une jeune femme de 22 ans atteinte de surdité de l'oreille gauche. En août 1890, en nageant par une forte mer, elle fut roulée sur la plage et presque aussitôt après devint sourde. Un spécialiste qui la vit quelque temps après diagnostiqua un épaississement du tympan. Lorsque je l'examinai, je vis le fond de l'oreille concave, blanc nacré, brillant, donnant avec le stylet une sensation de dureté spéciale, il semblait y avoir contre le tympan un corps étranger comme moulé sur lui et offrant une légère ligne ombrée à sa partie supérieure.

Après avoir désinfecté l'oreille avec de la glycérine coaltarisée, je fis des injections : à la deuxième s'échappait de l'oreille un coquillage. L'oreille au-dessous était absolument normale.

Digitized by Google

Discussion :

M. Luc. — Un détail m'a frappé dans la communication du Dr Ménière : la vue et l'inspection n'éclairant pas le diagnostic. J'ai fait la même remarque chez un enfant ayant un caillou dans l'oreille qui offrait une teinte nacrée. Il est quelquefois très difficile de dire si le corps étranger est au-devant du tympan, ou s'il est dans la caisse. Ce fut également le stylet qui me renseigna et je vis que le caillou était dans la caisse.

M. Ménière. — Je voulais présenter un jeune homme dont l'histoire est des plus curieuses. Agé de 20 ans, pour se suicider, il se tire un coup de pistolet du calibre de neuf millimètres, dans l'oreille. Il a, immédiatement après, une paralysie faciale et crache la balle deux heures après. Il manquait à cette dernière, 2 grammes de plomb. Quand je vis ce malade au 12e jour, il n'y avait plus de tympan ; la caisse avait été touchée par la conflagration des gaz. L'air passait librement de l'arrière cavité des fosses nasales dans l'oreille. La balle était sortie au voisinage de la trompe en touchant le facial. La cicatrisation est en bonne voie. Il reste à peine un tout petit pertuis duquel sort, de temps à autre, une gouttelette de liquide.

La douche nasale et ses indications, par le Dr Percepied.

La douche nasale est souvent la cause d'otites suppurées ; indépendamment de ces accidents graves, on peut voir survenir l'introduction de l'eau dans les tissus frontaux, les voies aériennes et comme conséquence, ou bien, des maux de tête ou une toux fréquente, sèche quinteuse.

Si l'injection à la seringue est moins dangereuse, elle est aussi moins efficace. Le plus souvent l'eau alcaline dont on se sert n'est pas suffisamment aseptique et le malade en se mouchant trop fort, fait pénétrer le liquide dans la trompe ; si on emploie l'irrigateur, la pression est trop forte.

La douche nasale peut également provoquer des maux de tête, des congestions céphaliques intenses.

Les services rendus par la douche nasale sont-ils assez grands pour compenser tant d'inconvénients ?

L'auteur pense que les indications de la douche nasale sont restreintes : la plupart de ceux qui l'ordonnent ou l'emploient ne la considèrent que comme un simple lavage. Si la plupart des

Digitized by Google

malades qui viennent subir un traitement thermal, font usage de la douche nasale et disent s'en bien trouver, il ne faut pas oublier que la véritable amélioration est due au changement d'air et d'habitudes et aux conditions hygiéniques.

L'auteur emploie presque toujours les pulvérisations nasales, il ne fait usage de la douche nasale qu'à une pression de 0.50 à 0.60 centimètres et quand il existe des croûtes demandant une certaine force pour être détachées. En résumé, pour lui la douche nasale est non seulement dangereuse mais inutile.

Discussion :

Dr Chatellier. — Je considère la communication de notre collègue, M. Percepied, comme une bonne action. J'ai vu trois cas d'otites aiguës graves consécutives à la douche nasale qui avait été cependant donnée par des personnes habituées.

Dr Hermet. — Je m'associe entièrement aux conclusions du Dr Percepied ; la douche nasale est non seulement inutile, mais dangereuse. Je ne la crois même pas indiquée dans l'ozène. J'emploie dans cette maladie le traitement préconisé, par le Dr *Potiquet*, il m'a donné des résultats excellents et supprime constamment l'odeur. Il consiste à faire tous les cinq à six jours des applications d'acéto-tartrate d'alumine de Mialhe. Au bout de 3 à 4 séances l'amélioration est des plus nettes.

Dr Lœwenberg. — M. Percepied a signalé les abus de la douche nasale. Il ne faut pas cependant la rejeter. La douche nasale à faible pression et donnée selon les règles ne cause pas de dommages. Il faut défendre aux malades de se moucher immédiatement après la douche, sinon la pression subitement augmentée au niveau de la trompe, pousse le liquide dans l'oreille et détermine la plupart des accidents, dont on accuse la douche nasale.

Dr Madeuf. — Tout l'inconvénient de la douche nasale est en effet dans la pression trop forte que l'occlusion des narines vient encore augmenter.

Dr Gellé. — Pour éviter les accidents dus à la pression, j'ai l'habitude de conseiller de se servir d'un tube de gomme que l'on introduit dans la narine en la laissant béante.

Dr Ruault. — Je ne crois pas que le procédé de M. Gellé change beaucoup les conditions de pression. Le nez se remplit d'eau et la pression est tout aussi forte. Il faut se poser deux

Digitized by Google

questions : la pénétration de l'eau dans la trompe est-elle facile? la pénétration de l'eau est-elle forcément suivie d'otite? Combien peu sont rares les accidents, si l'on songe à la généralisation de l'emploi de la douche de Weber! Voit-on souvent des otites après un bain? et pourtant le baigneur cause, rit, déglutit, tandis que sa bouche et son pharynx contiennent encore de l'eau et il en introduit forcément dans la trompe.

Il n'y a pas otite, toujours et quand même, parce qu'il y a là le terrain, parce qu'il y a les agents qui causent le mal.

La douche est très utile dans certains cas, et quoi qu'en dise M. Hermet, surtout pour enlever les croûtes. Je trouve que MM. Hermet et Chatellier vont un peu loin en proscrivant la douche nasale.

Dr Hermet. — Je dis que la douche nasale est dans la majorité des cas inutile et presque toujours dangereuse. Pour l'ozène : combien plus simple et plus efficace est le traitement à l'acéto-tartrate d'alumine, quand on emploie pour détacher les croûtes des tympans d'ouate imprégnés de vaseline et laissés 4 à 6 heures en place. Ce procédé est anodin, n'empêche pas la respiration et évite tout accident.

Dr Chatellier. — M. Percepied n'a pas dit qu'il proscrivait la douche. Il s'élève contre l'abus de ce mode de traitement que l'on applique sans distinction pour toute espèce de maladie nasale.

Dr Lœwenberg. — M. Hermet dit que le tampon de vaseline permet de respirer la bouche ouverte. Je ne vois pas en quoi la douche nasale empêche de faire de même puisqu'il est recommandé aux malades qui en font usage d'ouvrir largement la bouche en respirant.

Dr Hermet. — Les classiques disent de faire des inspirations et pas autre chose.

Dr Lœwenberg. — Il faut, si l'eau arrive dans la trompe, appliquer le procédé de Toynbee.

Dr Potiquet. — M. Percepied a raison d'affirmer, comme l'a déjà fait Moldenhauer, que l'on abuse de la douche nasale. Les irrigations et douches ne sont guère utiles dans l'ozène que dans les premiers temps. Si je suis partisan de l'acéto-tartrate d'alumine, je reconnais que, dans quelques cas, il cause des maux de tête violents.

Dr Cartaz. — Le plus simple, pour éviter les accidents, est de bien indiquer au malade la façon de prendre la douche.

Digitized by Google

Dr Percepied.— Je tiens, en terminant la discussion, à affirmer que le but de mon travail était d'engager, non pas à abandonner la douche nasale, mais à la proscrire quand elle est inutile.

Note sur la contracture du muscle ary-aryténoïdien. « Essai d'interprétation des signes laryngoscopiques attribués par Gerhardt à la paralysie bilatérale et complète des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs », par le Dr Albert Ruault.

Longet, Jeanselme et Lermoyez ont définitivement établi, que dans la contraction du muscle ary-aryténoïdien :

1° Les faces internes des cartilages aryténoïdes arrivent en contact ;

2° Les apophyses vocales arrivent presque en contact et conservent leur mobilité.

En ce qui concerne les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, Rühlmann a décrit deux faisceaux : l'un externe, vertical, volumineux; l'autre horizontal.

Hayes, établit : 1° que les faisceaux externes attirent les cartilages aryténoïdes en dehors et en bas, mouvement de translation : glotte triangulaire (inspiration tranquille) ;

2° Que les faisceaux internes, agissant en même temps que les externes, ajoutent leur action et font pivoter les cartilages, portant les apophyses vocales en dehors et transformant la glotte triangulaire en glotte pentagonale (inspiration forcée).

Jelenffy en outre du rôle respiratoire, attribue aux crico-aryténoïdiens postérieurs un rôle vocal : fixation des cartilages aryténoïdiens, et tension des cordes, lorsqu'ils agissent de concert avec les crico-aryténoïdiens latéraux, les thyro-aryténoïdiens et les crico-thyroïdiens.

Il résulte de ce qui précède que la contracture isolée du muscle ary-aryténoïdien entraîne : occlusion complète de la partie postérieure de l'espace inter-aryténoïdien, léger intervalle à la partie antérieure ; glotte, fente fusiforme.

Si les adducteurs latéraux et les tenseurs restent inactifs, les apophyses vocales restant en partie mobiles, sont soulevées et écartées par le courant d'air expirateur, abaissées à l'inspiration. La contraction de l'ary-aryténoïdien annihile l'action de ses antagonistes (faisceaux externes des crico-aryténoïdiens postérieurs) et s'oppose à l'accomplissement de la fonction respiratoire

Digitized by Google

des faisceaux internes de ces muscles, n'agissant dans la respiration qu'après les faisceaux externes.

La respiration est compromise, la voix n'est point troublée.

Si le malade fatigue, le cornage et les accès de suffocation se produisent. Au laryngoscope, pendant la respiration les faces internes des aryténoïdes sont immobiles et en contact. Les cordes vocales sont en position médiane, flasques en dehors des accès spasmodiques, déprimées et soulevées dans la respiration. Pendant la phonation l'image laryngoscopique est normale.

Ces signes, je les attribue à une contracture isolée du muscle ary-aryténoïdien. Les auteurs qui les ont vus et étudiés ne pensent pas de même.

Gerhardt, le premier qui les ait décrits en fait l'expression d'une paralysie bilatérale et complète des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.

Krishaber pense à un spasme unilatéral des adducteurs et de l'ary-aryténoïdien.

Morell-Mackenzie, Semon, outre la paralysie des dilatateurs (Gerhardt) admettent une contracture secondaire des adducteurs.

Krause y voit une contracture primitive des adducteurs et, consécutivement à une paralysie myopathique des dilatateurs, une atrophie de ces muscles consécutive à leur inertie fonctionnelle.

Gouguenheim et Tissier, Masseï, Raugé adoptent cette théorie.

Contre ces opinions j'objecterai : 1° qu'il n'est pas possible de concevoir une paralysie complète des orico-aryténoïdiens postérieurs, sans troubles de la voix et sans, pendant la phonation, constater, à l'examen laryngoscopique, de mouvement de translation et bascule en avant des cartilages aryténoïdes ;

2° Qu'on ne peut admettre qu'il existe une contracture généralisée des adducteurs, quand on voit les processus vocaux suivre pendant la respiration les déplacements imprimés par le courant d'air aux cordes vocales relachées et ne se fixer en position vocale sous l'action des crico-aryténoïdiens latéraux, qu'au moment des efforts de phonation ;

3° Enfin, que la symétrie (phonatrice et respiratoire), parfaite des deux moitiés du larynx n'est pas conciliable avec la théorie de Krishaber, applicable seulement au cas ou la flaccidité expiratoire est bornée à une seule corde vocale.

Digitized by Google

Si j'admets la contracture isolée du muscle ary-aryténoïdien quand ces signes existent, je ne la crois pas souvent primitive en dehors de l'hystérie, mais presque toujours secondaire à une paralysie isolée de l'antagoniste, c'est-à-dire à une paralysie du faisceau externe du crico-aryténoïdien postérieur.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séance du 20 *mai* 1892.

Compte rendu par F. Peltesohn.

Grabower présente un vernisseur âgé de 38 ans, qui est atteint d'une *paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur gauche d'origine tabétique.* La corde vocale gauche est immobile même sous l'effort de la plus profonde inspiration et son bord interne est excavé ; pendant la phonation les deux cordes vocales s'entrecroisent et le bord interne de la corde vocale gauche devient aussi très droit.

La paralysie saturnine est limitée.

La sensibilité à la pression du muscle sterno-cleido-mastoïdien sur le bord interne, indiquée dans quelques cas de ce genre par *Oppenheim*, fait défaut.

Grabower conclut à des troubles laryngés dus au tabes dorsal.

Fraenkel. — Quand au cours des crises laryngées se montre surtout un des troubles du larynx, celui-ci est toujours une paralysie du dilatateur. S'il ne se manifeste qu'une paralysie unilatérale, il faut exclure le trouble central, qui aurait amené un effet bilatéral.

Schœtz, *Musehold* et *Katzenstein* observent après un plus long examen des mouvements de la corde vocale gauche au moment de l'inspiration, et ils regardent ce cas comme étant tout au plus une faiblesse du muscle dilatateur gauche.

Katzenstein dit que la faiblesse du dilatateur n'est pas rare dans le tabes, *Dreyfuss* l'a observée, mais elle n'a pas été l'objet d'une description particulière.

Digitized by Google

Fraenkel mentionne également un cas du même genre qui a été rapporté par *Aronsohn*.

Scheinmann, qui voit aussi les mouvements en dehors de la corde vocale gauche réduit l'apparence des petites excursions de celle-ci à une scoliose de la lame du cartilage thyroïde gauche.

Fraenkel fait remarquer l'impossibilité de cette dernière hypothèse, car la glotte dans ce cas aurait dû être inclinée.

Herzfeld présente une *pince* qu'il a construite et qui, à l'inverse des autres, coupe les épines de la cloison au lieu de les pincer. (Cette pince n'est autre que la pince nasale connue de Woakes, mais droite au lieu d'être recourbée).

Katzenstein décrit un cas de *sarcome de l'amygdale* observé chez une femme de 23 ans. L'iodure de potassium et l'arsenic ont échoué. L'électrolyse n'a même pas été essayée en raison de son peu d'action.

Schoetz a obtenu de remarquables résultats de l'électrolyse dans un cas qu'il a déjà rapporté.

Rosenberg a observé un cas de sarcome du cordon latéral (plica salpingo pharyngea) qui guérit par le traitement chirurgical.

Rosenberg fait une communication sur *les troubles de la voix et de la parole dans la paralysie agitante.*

Les troubles de la voix et de la parole au cours de la paralysie agitante sont connus de tous grâce aux remarquables travaux de *Charcot* et à quelques publications des cliniques de *Gerhardt* et de *Westphal*. Toutefois l'examen laryngoscopique n'a été pratiqué qu'une seule fois.

Dans le cas présent il s'agit d'un homme de 62 ans, atteint depuis 30 ans de l'affection susnommée. Sa parole est difficile à comprendre, elle semble hachée. Les syllabes sont séparées par des pauses. La parole est donc bégayée et elle ressemble à la voix d'un cavalier dont le cheval est lancé au galop.

L'examen laryngoscopique, qui naturellement offre des difficultés inaccoutumées, révèle l'état suivant : les cordes vocales, pendant la respiration, et parfois pendant le passage de la respiration à la phonation, sont dans la position d'adduction et même isochrones avec les mouvements de tremblement de la tête. Au moment de la phonation, on voit la fente elliptique située entre les cordes vocales se raccourcir et s'allonger. Cette modification rythmique de la tension des cordes vocales se produit aussi quand on cherche à émettre un son dans le changement ryth-

Digitized by Google

mique de la hauteur du son. Quelquefois l'épiglotte prend part aux mouvements de tremblement, plus rarement le voile du palais.

Rosenberg décrit en terminant d'une façon complète tous les signes qui différencient la parole du malade, des troubles de la parole observés au cours de la sclérose multiple du cerveau et de la moelle épinière, du tabes, de l'ataxie des cordes vocales, de l'atrophie musculaire progressive, de la chorée du larynx, etc.

PRESSE ÉTRANGÈRE

L'otite purulente chronique et son traitement, par Sexton et Bryant. (Discussion de la *Practitioners Society of New York*. — *N. Y. Medical Record*, 18 avril 1891.)

Sexton en dehors des importantes indications qu'offre le traitement général préconise surtout dans les otites purulentes chroniques, le traitement opératoire. Les topiques locaux, les astringents, les irrigations fréquentes lui ont souvent paru plus nuisibles qu'utiles. Mieux vaut s'abstenir entièrement dans les cas légers que d'employer ces traitements. Mais s'il existe des fongosités, des végétations polypiformes, leur excision est très utile. Quand le tympan, les osselets sont profondément atteints, leur ablation complète donne ainsi de très bons résultats. Cette opération est singulièrement facilitée par l'éclairage électrique. L'hémorragie s'arrête très bien par les irrigations d'eau chaude. En quelques semaines, on voit une cicatrisation parfaite, à la condition d'assurer après l'intervention un bon drainage du conduit. Les dangers opératoires sont les mêmes. L'utilité porte non seulement sur la guérison de la suppuration, la suppression de ces récidives incessantes qu'on observe lorsqu'on traite l'otite moyenne sans enlever les osselets cassés mais aussi sur le fonctionnement de l'ouïe. L'amélioration fonctionnelle est souvent assez considérable pour qu'une surdité persistant après la suppression de la suppuration puisse devenir une indication opératoire.

Bryant cite également une observation où l'opération de Sexton, non seulement fit disparaître des bourdonnements qui

Digitized by Google

rendaient l'existence intolérable mais augmenta notablement le pouvoir auditif. A.-F. P.

Complications intra-craniennes de l'otite moyenne chronique, par le Dr Patterson, de Dublin. (*Glasgow med. journ.*, février 1891.)

Cas d'une jeune fille de 19 ans morte de pyémie et d'embolie pulmonaire, provenant d'une thrombose du sinus latéral accompagnée d'un abcès de la dure-mère. Ce cas prouve que dans des circonstances analogues, il faut ouvrir le plus tôt possible l'antre, afin de drainer. P. GASTOU.

Torticolis dans les otites, par Radsach. (*N. Y. Medical Record.* 27 juin 1891.)

D'après Radsach, l'apparition d'un torticolis au cours d'une otite moyenne indiquerait toujours que l'apophyse mastoïde est également atteinte par l'inflammation. A.-F. P.

Pénétration d'un bouchon cérumineux dans l'apophyse mastoïde et paralysie faciale consécutive, par Dalbey (*New York med. Journal*, 18 juillet 1891, p. 74).

Chez un homme de 50 ans atteint de surdité complète et de paralysie faciale, Dalbey, après avoir enlevé un premier bouchon de cérumen par les irrigations chaudes, s'aperçut que le tympan et les osselets étaient entièrement détruits. Sur la paroi postérieure du conduit auditif, il découvrit une nouvelle agglomération cérumineuse qui se prolongeait presque dans l'apophyse mastoïde. Une masse considérable de cérumen, de débris épithéliaux mêlés d'un peu de pus fut retirée de l'intérieur même de l'apophyse. Après cette extraction l'amélioration de la paralysie faciale, qui datait de plus de deux mois, fut immédiate. Guérison complète de la paralysie quatre mois après. A.-F.-P.

Les derniers traitements des mastoïdites, par Albert Wilson (*Edinburgh med. journ.*, mai 1891).

L'auteur, après avoir dit un mot sur les causes déterminantes des mastoïdites: le refroidissement et les fièvres, habituellement associés avec le catarrhe aigu ou chronique de l'oreille moyenne, en donne le mécanisme pathogénique. Pour Gruber, ce mécanisme est simple ; l'inflammation vient de l'oreille externe par la continuité du périoste et de l'apophyse mastoïde, et dans

Digitized by Google

les cas de maladie de l'oreille moyenne par la *fissure mastoïdo-squameuse*, décrite par lui et généralement peu connue. Chez l'enfant, après la fermeture de cette fissure, la propagation se fait par les parois molles du canal à travers les petits vaisseaux.

Toynbee, qui écrit longuement sur ce sujet expose toute une longue théorie. Il a vu que les mastoïdes variaient, comme dureté, chez les différents individus. Elles s'étendent en dedans jusqu'à la fosse jugulaire. Le point principal pour lui est la division des cellules en deux rangées. L'une verticale constituant l'apophyse, l'autre horizontale entre l'apophyse et le tympan. Le mucus et le pus ont plus de tendance à se collecter dans la partie horizontale. Les communications veineuses sont abondantes entre les cellules mastoïdiennes et le tissu latéral.

Chez l'enfant, c'est la partie horizontale, en rapport avec la paroi supérieure du tympan et séparée du cerveau par une lame très mince, qui par ses rapports est le plus souvent siège et cause des complications. A partir de trois ans cette portion horizontale tend à s'ossifier, et chez l'adulte les cellules verticales sont beaucoup plus développées, les complications ont alors tendance à se manifester dans les cellules verticales en rapport avec le tissu latéral et le cervelet, d'où : suppuration du tissu latéral, méningite, abcès du cervelet.

L'auteur termine son travail en préconisant l'emploi de la teinture d'eucalyptus comme antiseptique et en citant quatre cas de sa pratique. P. GASTOU.

Occlusion traumatique du conduit auditif externe, par FOSTER. (*New York med. journal*, 18 juillet 1891, p. 70.)

Chez un enfant de onze ans ayant eu le pavillon de l'oreille et le conduit auditif déchiré, par la chute d'une lourde caisse, la cicatrisation amena une occlusion complète du conduit auditif. Ce conduit était rempli par une large masse cicatricielle située à un centimètre environ du tragus. Un très petit orifice persistait seul à l'angle postéro-supérieur. Foster songea à la possibilité d'une opération autoplastique : 1° excision de la couche superficielle de la membrane ; 2° division de la couche profonde en quatre lambeaux qui seraient rabattus et fixés, soit par des sutures, soit par du collodion. Mais il préféra déterminer la résorption de la masse cicatricielle par la compression. Il fit une dilatation graduelle au moyen de châssis de caoutchouc, de volume successivement croissant. En cinq mois, l'atrophie de la membrane semblait

Digitized by Google

à peu près complète et pourtant trois jours d'abandon du drain, suffirent à faire perdre une partie du terrain gagné. Aussi Foster une fois, la dilatation reproduite, introduisit-il un tube d'argent qu'il compte faire porter pendant un an ou deux. La fonction auditive est redevenue très satisfaisante.

Si les occlusions et sténoses congénitales ou inflammatoires du conduit auditif sont fréquentes, Foster n'a trouvé dans la science que deux autres cas d'occlusion traumatique survenues l'une à la suite d'une morsure de cheval, l'autre à la suite d'une chute. Un seul des malades consentit à se soumettre à une opération. L'excision de la membrane cicatricielle dut être suivie pendant plusieurs mois de dilatations répétées pour éviter la rétraction. La rétraction, la fusion des bourgeons charnus est, en effet, la cause d'échecs fréquents dans ces opérations si simples d'apparence. A.-F. P.

Hallucinations auriculaires guéries par l'extraction d'un corps étranger, par Spratling. (*N. Y. Medical Record*, 13 juin 1891.)

Hallucinations auriculaires extrêmement pénibles rendant tout sommeil impossible. Le malade entend sans cesse une voix de femme qui l'apostrophe dans le langage le plus ordurier, le menaçant et l'insultant. Ces hallucinations qui remontent à deux mois, ont débuté par l'oreille gauche. L'irrigation du conduit auditif gauche à l'eau savonneuse, évacua une quantité notable de cérumen desséché mêlé à quelques débris de tabac. — Douze heures après, les « voix » avaient tout à fait disparu Quinze jours plus tard la guérison persistait. A côté de l'effet direct qu'a pu avoir l'intervention, on doit évidemment songer à un effet indirect de suggestion. A.-F. P.

Causes et pathogénie du vertige auriculaire, par Oven Pomeroy. (*New York med. journ.*, 1891, vol. I. p. 716.)

Pomeroy, après avoir énuméré les causes variées de vertige, affections spinales et cérébrales, affections oculaires, troubles stomacaux qui peuvent s'associer aux affections de l'oreille, rapporte vingt-cinq observations de vertige auriculaire. Il classe ces observations de la façon suivante : 1° Vertige de cause obscure, tumeur cérébrale, affections oculaires, affection auriculaire : un cas, suppuration de l'oreille moyenne, un cas, affection traumatique du labyrinthe, trois cas ; catarrhe aigu de

Digitized by Google

l'oreille moyenne avec dépression tympanique, un cas ; suppuration aiguë de l'oreille et peut-être affection labyrinthique, un cas ; maladie de Menière, deux cas ; suppuration et polypes, quatre cas ; dépression du tympan avec catarrhe chronique de l'oreille, cinq cas ; affection labyrinthique, deux cas ; sclérose dans une affection avancée de l'oreille moyenne, un cas ; enfin, vertige de causes obscures, pouvant être rattaché à une otite moyenne, à la syphilis ou à l'épilepsie, un cas.

Pomeroy insiste sur le rôle que les affections de l'oreille moyenne et en particulier les polypes paraissent jouer dans la production des vertiges. Les tumeurs malignes du tympan détermineraient le vertige avec plus de constance et d'intensité encore que les polypes simples. L'augmentation de pression labyrinthique produite indirectement au cours de ces affections explique facilement le vertige. A.-F. P.

Extirpation totale du larynx, par Root. (*New York, Med. Journal*, 17 octobre 1891.)

Extirpation faite pour un épithélioma. Voix persistant assez distincte sans larynx artificiel spécial. A.-F. P.

Thyrotomie pratiquée avec succès pour un épithélioma du larynx, par le Dr David Newman (*Glasgow, Med. Journ.*, juin 1891).

L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint d'épithélioma du tiers antérieur de la corde vocale gauche et empiétant légèrement sur la droite. La trachéotomie amena la diminution de la tumeur et l'amélioration fut si rapide que le Dr Newman crut qu'il s'était trompé et qu'il s'agissait de syphilis. Le malade fut mis à l'iodure, et quelque temps après il revint plus souffrant : la tumeur avait augmenté. La thyrotomie fut pratiquée avec l'aide du Dr Coats. Le larynx ouvert largement montra une extension du néoplasme plus étendue qu'on ne l'avait cru tout d'abord.

Le malade guérit très rapidement. Quelques observations accompagnent cette relation : en particulier le danger de faire le diagnostic en enlevant des fragments des tumeurs, ce qui amène une hyperesthésie interne et une accentuation des symptômes et souvent un envahissement rapide de la tumeur.

La thyrotomie semble être dans ces cas l'opération de choix.

P. GASTOU.

Digitized by Google

Tumeur du larynx, par F.-H. Hooper, de Boston. (*N.-Y., Medical Record*, 1891, vol. I, p. 285.)

La tumeur du larynx opérée par Hooper offrait surtout un grand intérêt au point de vue de sa structure histologique. Elle était en effet constituée par un tissu fibromyxomateux télangiectasique avec dégénérescence hyaline et amyloïde. L'ablation faite par la voie naturelle fut suivie d'une hémorragie fort abondante, mais qui s'arrêta complètement après quelques minutes. Il n'y avait dix mois après l'ablation aucune trace de récidive. Hooper, à propos de cette observation, fait cette remarque, statistique intéressante, que sur les 7,500 malades atteints d'affection de la gorge qu'il a eu l'occasion d'observer jusqu'ici, 21 seulement offraient des tumeurs non malignes du larynx. A.-F. PLICQUE.

Syphilis trachéale, par Wright. (*New-York, Med. Journal*, 13 juin 1891.)

Wright résume les principaux travaux relatifs à la syphilis trachéale et rapporte deux observations personnelles. Dans la première, l'ulcération commençait au-dessous des cordes vocales. Elle se prolongeait au-dessous de l'incision qu'on avait faite pour la trachéotomie, toute la surface interne de la trachée était gonflée et exulcérée. Pourtant la trachéotomie, bien que faite au-dessus des lésions, soulagea la dyspnée. La malade survécut deux mois et demi à l'opération et mourut de cachexie plutôt que d'étouffements. Bien que l'examen laryngoscopique n'eût montré ni spasme, ni poussées laryngées, on doit donc admettre que c'était à l'une ou à l'autre de ces causes qu'était due la suffocation qui nécessita la trachéotomie. Dans la seconde observation, la trachée était exulcérée dans toute sa longueur, des cordes vocales à la bifurcation. A deux pouces environ au-dessous du larynx existait une sténose presque complète. A la partie inférieure, un ganglion hypertrophié était comme incrusté dans la paroi et déterminait un second rétrécissement. Dans ces conditions, on conçoit que la trachéotomie fût restée impuissante à soulager la dyspnée. La malade ne survécut que douze heures à l'opération. Dans l'étude critique de la syphilis trachéale, Wright signale en particulier ce fait intéressant d'améliorations et même de guérisons obtenues après diverses affections aiguës scarlatine, rougeole, érysipèle. A.-F. P.

Digitized by Google

Laryngite catarrhale intense, asphyxie, intubation, par C. Kerley (*N.-Y. Medical Record*, 25 avril 1891.)

L'enfant observé par Kerley n'avait que deux mois et demi; en présence des symptômes d'asphyxie déterminée par une laryngyte catarrhale, l'intubation fut faite au moyen du plus petit des tubes d'O'Dwyer. L'introduction du tube fut facile. Le tube fut expulsé dans une quinte de toux sept heures après l'introduction, mais la respiration était assez rétablie pour qu'on put se dispenser de le replacer. Guérison parfaite. A.-F. P.

Corps étranger du larynx, par Lachlan Tyler (*N.-Y. Med. Record*, 20 juin 1891.)

Chez un homme de soixante-cinq ans, mort subitement après son repas, Lachlan Tyler, après avoir examiné inutilement tous les viscères, trouva dans le larynx un morceau de bœuf d'un pouce de long sur un demi-pouce de large. Ce morceau s'était si étroitement engagé dans la glotte, qu'il fallut un certain effort pour le retirer. A.-F. P.

Ablation d'un morceau de verre resté vingt et un mois dans le larynx, par C. Ransom (*N.-Y. Medical Record*, 25 avril 1891.)

Un premier examen fait aussitôt après l'accident était resté négatif. Le malade n'était pas bien sûr des causes de l'accès de suffocation qui l'avait pris subitement pendant son repas. Le diagnostic resta assez obscur. Les troubles de la voix, de la respiration et même de la santé générale restaient assez marqués. Enfin, vingt et un mois après l'accident, Ransom faisant à son tour l'examen laryngoscopique, aperçut dans son miroir une ligne sombre traversant la glotte, qu'il prit tout d'abord pour une fente du verre du miroir laryngoscopique. Mais ce miroir étant bien intact, il devint évident qu'il y avait là un corps étranger. Deux jours après, le larynx étant anesthésié par la cocaïne, Ransom put extraire, au moyen d'une pince, un morceau de verre triangulaire, ayant un pouce environ sur chaque côté. Ce morceau de verre n'avait déterminé sur la muqueuse du larynx qu'un très léger gonflement et un petit papillome en arrière au point où il était en contact avec la muqueuse. A.-P.-F.

Abcès froid de l'épiglotte d'une durée de quatre ans, par Chamberlain. (*N.-Y. Medical Record*, 11 avril 1891.)

Homme de 28 ans, souffrant depuis quatre ans de mal de gorge,

Digitized by Google

de gêne de la respiration et surtout de dysphagie. Pas d'antécédents spécifiques. A l'examen, on trouva une tuméfaction remontant contre le voile du palais, de consistance résistante, d'aspect légèrement inflammatoire. L'incision donna issue à 80 grammes de liquide jaunâtre et purulent. La collection évacuée, on put constater que l'abcès provenait de l'épiglotte, la muqueuse toute entière, à l'exception d'une petite portion située sur le bord gauche, avait été soulevée par le pus. Guérison parfaite. A.-F. PLICQUE.

Des maladies du sinus frontal, par Coppez. (*Journal de Médecine, de Chirurgie, etc., de Bruxelles*, 20 février 1892.)

Leçon clinique, d'après les données de la chirurgie classique. L'auteur n'a en vue que l'abcès du sinus frontal à évolution bruyante, amenant des douleurs atroces, une saillie sus-orbitaires du chémosis, de l'exophtalmie. Il rejette le cathétérisme du sinus par la voie nasale; il le dit très difficile, sinon impossible et en tous cas fort dangereux.

Le mieux est d'inciser extérieurement la paroi du sinus, de racler la cavité et d'essayer d'introduire un drain dans les fosses nasales. En tous cas, les abcès du sinus frontal mettent très longtemps à guérir : des années. La cause est due à l'écartement des parois osseuses, qui empêche l'adossement rapide des surfaces.

M. L.

Traitement de la rhinite chronique, par Ruck (*N.-Y. Medical Record*, 1er août 1891, p. 120.)

La première indication dans le traitement de la rhinite chronique est d'assurer la liberté complète du passage de l'eau à travers les fosses nasales. Or, dans bien des cas de déviation de la cloison d'hypertrophie de la muqueuse, cette indication ne pourra être remplie que par l'intervention opératoire. Quelle que soit le mode d'intervention : galvanocautère, écraseurs, bistouri, les résultats obtenus seront bons si la désobstruction est assurée d'une façon complète et permanente.

C'est seulement quand cette première indication est remplie que les ponctions, les injections, et en particulier les injections à la vaseline chaude, les soins d'hygiène (hygiène des fonctions digestives, des fonctions cutanées) peuvent avoir une utilité réelle. A.-F. P.

Digitized by Google

Traitement de la rhinite atrophique par l'ichtyol, par Phillips (*Medical Record*, 16 mai 1891.)

Phillips, se fondant sur les propriétés modificatrices de l'ichtyol dans un grand nombre de dermatoses, a eu l'idée de l'essayer dans la rhinite atrophique. Il aurait obtenu dans vingt-sept cas, des résultats inespérés. Une seule fois, chez un enfant, la médication échoua; elle détermina quelques maux de tête, un peu de somnolence, et dut être abandonnée. Chez tous les autres malades, la sensation de sécheresse, de gêne, diminua dès la première application; au bout d'une semaine environ, les croûtes cessèrent de se produire, la mauvaise odeur se montra le plus tenace de tous les symptômes; elle ne disparaît souvent qu'au bout de quatre à cinq semaines. Dans quelques cas, elle existait encore quand le traitement fut suspendu.

Le soulagement des troubles fonctionnels est beaucoup plus rapide, de sorte que les malades se sentant soulagés, ne se soumettent pas toujours assez longtemps à la médication.

Voici le technique de la médication. Les fosses nasales sont bien lavées avec une solution alcaline, essuyées avec des tampons d'ouate et bien asséchées. Quand la muqueuse est parfaitement nettoyée et sèche, on applique une solution d'ichtyol à 40 0/0 dans la kéroline au moyen d'un tampon de ouate. De plus, le malade, matin et soir se lave le nez au moyen d'une solution alcaline puis d'une solution formée d'une partie de la pommade à la kéroline et à l'ichtyol et de trois à cinq parties d'alboline liquide Spray.

On peut ajouter à cette solution quelques gouttes d'eucalyptol ou de menthol pour masquer l'odeur désagréable de poisson qu'a l'icthyol. Ce lavage est suivi, pendant une demi-heure environ, d'un peu de suintement séreux. Quand ce suintement se prolonge une heure ou deux, qu'il y a un peu de douleur, une sensation de sècheresse très forte, il faut diminuer la force de la solution.

Encouragé par les résultats qu'il a obtenus, Phillips songe à employer la solution kérolique d'ichtyol dans les laryngites chroniques inflammatoires tuberculeuses ou syphilitiques. Il croit qu'elle pourrait peut-être avoir aussi une utilité dans l'asthénie du foie. A.-F. P.

Extraction d'une épingle à cheveux ayant pénétré dans les

Digitized by Google

fosses nasales postérieures, par Kelliher (*N.-Y. Medical Record*, 27 juin 1891.)

Cette épingle, longue de cinq pouces, avait été avalée, et bien que la malade prétendît la sentir dans les fosses nasales, plusieurs médecins et Kelliher lui-même, crurent tout d'abord à une illusion. Kelliher finit cependant par sentir au moyen d'une sonde introduite par la narine, le corps étranger. Après diverses difficultés pour le saisir et le dégager de la muqueuse, il put l'extraire au moyen d'une longue pince. A.-F. P.

Catarrhes gastriques d'origine naso-pharyngée, par N. J. Fischer. (*Medical Record*, 13 juin 1891).

Fischer insiste sur l'association fréquente du catarrhe naso-pharyngé et du catarrhe gastrique, et croit qu'on peut établir une relation de cause à effet entre la première et la seconde de ces deux affections. Le catarrhe naso-pharyngé produit probablement le catarrhe gastrique par l'intermédiaire des sécrétions catarrhales qui sont avalées et parviennent dans l'estomac qu'elles irritent. Quelle que soit la valeur de cette explication pathogénique, le fait clinique de la guérison du catarrhe gastrique à la suite du traitement local de pharyngite chronique est intéressant à retenir. A.-F.-P.

L'acide chloracétique dans les maladies de la gorge et du nez, par Gleitsmann (*N.-Y. Medical Record*, 14 mars 1891.)

Gleitsmann a employé l'acide trichloracétique comme caustique dans plus de deux cents cas d'affection de la gorge et du nez. Son action est particulièrement satisfaisante toutes les fois qu'il s'agit d'amener la réduction d'une hypertrophie. Il suffit seul dans la plupart des cas; pourtant, il ne saurait toujours dispenser de l'usage du galvanocautère. Les applications laryngées sont tolérées sans accidents. Dans les affections nasales, le principal avantage de ce caustique est la sécheresse de l'eschare, sécheresse qui empêche toute complication et simplifie beaucoup les soins consécutifs. A.-F. PLICQUE.

Emploi de la pyoctanine dans quelques affections des voies respiratoires supérieures, par Lincoln. (*New-York med. Jour.*, 31 oct. 1891).

Lincoln a employé avec succès la pyoctanine dans les affections suivantes:

Digitized by Google

1° Un cas de carie du sinus fontal persistant depuis près de deux ans fut guéri en moins de trois semaines par des injections faites d'abord avec la solution à 10 0/0, puis avec des solutions de plus en plus faibles.

2° Cinq cas d'abcès du sinus maxillaire furent également traités avec de bons résultats.

3° Les végétations fongueuses des fosses nasales sont favorablement modifiées par des pansements avec une pommade formée de 30 grammes de vaseline et 1 gr. 25 de pyoctanine.

4° Les inflammations folliculaires aiguës et surtout les inflammations folliculaires chroniques des amygdales, du voile du palais, sont presque instantanément améliorées par les attouchements, avec la solution à 50 0/0.

Les solutions doivent être fraîchement préparées, dater au plus de trois à quatre jours. Il est bon de les conserver dans un flacon violet. A.-F.-P.

Correction des déformations angulaires du nez par une opération sous-cutanée, par Roe (*N.-Y. Medical Record*, 18 juillet 1891).

Dans cinq cas de déformations angulaires du nez traumatiques ou congétinales, Roe, pour éviter une cicatrice cutanée, a pratiqué l'excision de la portion osseuse saillante en l'abordant par une incision faite à l'intérieur de la narine. Cette incision est linéaire; elle s'étend ordinairement de l'os frontal à la partie supérieure du cartilage latéral du nez. Elle traverse tout le nez jusqu'à la face profonde de la peau. Cette incision a permis de libérer complètement la peau, même dans un cas où la déformation était survenue à la suite d'un traumatisme et où des adhérences cicatricales très étoites unissaient la peau à l'os fracturé. L'application de cocaïne sur la muqueuse nasale combinée avec une petite injection sous-cutanée de cocaïne suffit parfaitement à l'anesthésie. Tout le traitement consécutif consiste en insufflations d'iodoforme intranasale et en une légère compression à la racine du nez. A.-F. P.

Pharyngite fibrineuse chronique (*Lancet*, 19 septembre 1891).

Un homme de 30 ans éprouve de la gêne à la déglutition et remarque que ses crachats renferment de fausses membranes. On constate alors sur la paroi postérieure du pharynx la présence d'un exsudat pseudo-membraneux à reproduction inces-

Digitized by Google

sante. L'affection dure plus d'une année avec alternatives d'aggravation et d'amélioration : céphalalgie, épistaxis, otalgie de temps à autre. Cependant l'exsudat n'envahit jamais le nez.

A l'examen microscopique; reticulum fibrineux englobant des microcoques. M. L.

Papillomes pédiculés du voile du palais, par Dunn. (*New York, med. Journ.*, 22 août 1891.)

Ces papillomes peuvent occuper non seulement le voile même du palais, mais la luette et les piliers Dunn ne les a jamais rencontrés sur d'autres points de la gorge. Dans les cinq cas qu'il a observés il y avait en même temps hyperémie très vive du reste de la muqueuse palatine et pharyngée. Tous les malades étaient bien portants, âgés de moins de 30 ans; aucun n'était scrofuleux. Le volume des papillomes était petit, ayant au plus 4 millimètres de diamètre. La longueur de pédicule variait de 1 mill. demi à 2 millimètres. L'ablation est d'une grande innocuité et facilité. A.-F.-P.

Cas d'épithélioma de la portion supérieure de l'œsophage traité successivement par la gastrostomie et la trachéotomie, par le Dr Newman. (*Glasgow, med. Journ.*, juin 1891).

L'auteur signale ce cas surtout à cause de la rapidité de l'apparition des symptômes, tels, par exemple, la dysphagie qui firent croire un instant à une affection aiguë. Dysphagie, dure probablement à la faible élasticité de l'œsophage à ce niveau et au spasme des muscles intéressés.

En second lieu un fait intéressant est la gêne de la respiration par compression et envahissement du larynx : gêne devenue subitement considérable par compression des vaisseaux et œdème consécutif — d'où trachéotomie. P.-G.

Rétrécissement congénital de l'œsophage, par Crary. (*New York, med. Journ.*, 11 juillet 1891, p. 50).

Jeune homme de 21 ans ayant toujours eu des troubles de la déglutition remarqués même pendant son allaitement. A diverses reprises la difficulté devint telle que le malade fut réduit à se nourrir de quelques gorgées de liquide, et affaibli au point qu'il ne pouvait quitter le lit. Jamais le malade, même à ses moments de meilleure santé, n'a pu prendre que des aliments très finement divisés et qu'il rejetait en partie par régurgitation. Le ca-

Digitized by Google

thétérisme montra un rétrécissement très allongé commençant à 16 pouces de l'arcade dentaire et s'étendant presque jusqu'au cardia en devenant de plus en plus étroit. Bien que le maximum de dilatation obtenue par le cathétérisme n'ait jamais permis l'introduction d'un sonde ayant plus de 8 millimètres de diamètre, l'amélioration fonctionnelle fut considérable. A.-F.-P.

Corps étrangers des bronches, par Rushmore. (*New York, med. Journ.* 25 juillet 1891, p. 85.

Rushmore, dans les corps étrangers des bronches, conseille de ne jamais compter sur l'expulsion spontanée, mais de tenter par tous les moyens une extraction aussi précoce que possible, sans attendre les complications asphyxique et surtout inflammatoires qui ne manquent jamais de survenir. Il ne conseille pas d'essayer l'extraction par les voies naturelles ; la trachéotomie préalable est une nécessité. Si des tentatives suffisamment répétées d'extraction par la plaie trachéale restent infructueuses, il est permis d'essayer d'ouvrir le thorax et d'arriver sur le corps étranger soit à travers le médiastin, soit à travers la plèvre.

A.-F.-P.

Anesthésie par le bromure d'éthyle ayant causé la mort, par Gleich. (*Soc. I. R. de Médecine de Vienne* et *Bull. Med.*, 23 mars 1892, page 284.)

Homme de 48 ans, venu se faire opérer à la clinique de Bilbroth pour un vaste furoncle du bras droit. On l'endort au bromure d'ethyle. Au bout de deux minutes apparaît la cyanose : puis la respiration et le cœur s'arrêtent. Pendant une heure et demie la respiration artificielle est faite sans résultat. M. L.

Digitized by Google

NOUVELLES

Le Dr *R. Kafemann*, vient d'être nommé *privat docent de laryngologie* à l'Université de Kœnigsberg, en remplacement du Dr Michelson, décédé.

Nous lisons dans la *Gazzetta degli Ospitali* que le Dr *Gherardo Ferreri*, vient d'être nommé *docent d'otologie et de laryngologie* à l'Université de Rome.

L'*American laryngological Association* a tenu son 14e Congrès annuel à *Boston*, les 20, 21 et 22 juin 1892. Voici le programme de cette session :

Discours du président : S. W. Langmaid. — L'état actuel du traitement de la fièvre des foins, par C.-E. Sajous. — L'influence de certains états diathésiques sur le pronostic des opérations pratiquées sur la gorge, par D. Bryson Delavan. — Quelques symptômes pathologiques des voies aériennes supérieures accompagnant les attaques de grippe, par S. Hartwell Chapman. — Pharyngo-mycosis, par F. J. Knight. — Un cas de carcinome de la base de la langue, par J. Wright. — Un cas de cancer de l'amygdale traité par l'acide lactique, par E. F. Ingals. — Quelques observations d'angine membraneuse, par Beverley Robinson. — Intubation pour une sténose sous-glottique du larynx chez un enfant de 12 ans, par Ch. H. Knight. — Formes rares de tumeurs laryngées, par A. W. Mac Coy. — Un cas de tumeur du larynx, par H. L. Swain. — Deux cas de laryngectomie pour une affection maligne, par J. Solis Cohen. — La valeur des pulvérisations dans le traitement des affections catarrhales des voies aériennes supérieures, par M. C. C. Rice. — Hydrorrhée nasale, par C. E. Bean. — Une méthode de choix pour réparer un nez cassé, par W. H. Daly. — Correction d'une difformité résultant d'un abcès de la cloison nasale, par J. O, Roe. — Résultats consécutifs à la cautérisation nasale, par T.-A. de Blois. — Affections incidentes du sinus frontal, par D. N. Rankin. — Un cas d'ethmoïdite suppurée, par J. H. Bryan.

Président : S. W. Langmaid (Boston); 1e *vice-président :* M. J. Asch (New-York); 2e *vice-président :* S. Johnston (Baltimore); *secrétaire-trésorier :* Ch. Knight (New-York); *bibliothécaire :* T. R. French (Brooklyn). *Conseil :* F. J. Knight (Boston); D. Bryson Delavan (New-York); Harrisson Allen (Philadelphie); W. C. Glasgow (Saint-Louis).

Digitized by Google

Le 8 juin a été ouverte à Prague, à l'hôpital général (Faculté de médecine tchèque), une clinique pour les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge; le professeur E. Kaufmann en est le directeur.

Le *Progrès Médical* annonce la mort du Dr R. Thiry, privat docent d'otologie à la Faculté de médecine de Fribourg.

Société de Laryngologie, Otologie et Rhinologie de Paris.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 1er JUILLET.

Emploi de l'acide phénique pur dans les suppurations de l'oreille, par SUAREZ DE MENDOZA. — Trois faits de névropathies liées à des troubles auriculaires et à la surdité, par GELLÉ. — I. Recherches sur les causes anatomiques de la déviation de la cloison nasale. Existe-t-il un rapport entre cette déviation et l'inflexion antéro-postérieure de l'axe de la face? — II. Des épaississements de la portion antéro-inférieure de la cloison nasale. Rôle des os sous-vomériens et des cartilages de Jacobson (démonstration de pièces anatomiques), par POTIQUET.

VIN DE CHASSAING. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

Digitized by Google

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

Grains de Céber. Poudre Manuel. Granules ferro-sulfureuses Thomas

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Étude sur une phase de l'évolution de l'ozène et les indications thérapeutiques qui en découlent, par J. Ricordel. (Broch. de 32 pages, Ollier Henry, éditeur, Paris, 1892.)

Two cases of pyaemia following suppuration of the middle ear treated by ligature of the internal jugular vein and cleaning out the lateral sinus, with complet success in one of the cases (Deux cas de pyémie consécutive à une otite moyenne suppurée, traitée par la ligature de la veine jugulaire interne et du sinus latéral; succès complet dans un des cas, par Rushton Parker. (Liverpool, janvier 1892.)

Guide pratique pour l'examen et le traitement des maladies du larynx, du nez et des oreilles, par J. Baratoux. (In-8° de 340 pages, avec 181 figures dans le texte et un atlas de 186 gravures. Prix : 6 francs. Société d'editions scientifiques, rue Antoine-Dubois, 4, Paris, 1892.)

Esposizione clinica della chirurgia dei seni nasali mascellari, frontali, etmoidali, sfenoidali e etmoido-lagrimali e relativo istrumentario con la casuistica ospedaliera delle loro suppurazione simulanti riniti chroniche, curate negli anni scolastici 1890-91 e 1892 (Exposé clinique de la chirurgie des sinus du nez, maxillaires, frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux, et ethmoïdo-lacrymaux et les instruments nécessaires, avec la casuistique hospitalière de leurs suppurations simulant des rhinites chroniques, soignées pendant les années scolaires 1890-91 et 1892), par V. Cozzolino. (Extrait du *Morgagni*, avril 1892.)

Alcune considerazioni sugli ascessi faringei (Quelques considérations sur les abcès pharyngiens), par V. Grazzi. (Extrait du *Boll. delle mal. dell' orecchio, gato e naso*, n°s 5 et 6, 1892.)

Digitized by Google

Du traitement par l'électrolyse des déviations et éperons de la cloison du nez, par J. Bergonié et E. J. Moure. (Broch. de 67 pages, O. Doin, éditeur, Paris, 1892.)

On deviations and spurs of the nasal septum (Sur les déviations et éperons de la cloison nasale), par E. J. Moure et Bergonié. (Extrait du *Journ. of laryng. and rhin.*)

Le deviazioni e le creste del setto nasale (Les déviations et crêtes de la cloison du nez), par E. J. Moure. (Traduction italienne de A. Trifiletti.)

Ueber Influenza otitis (Sur l'otite de l'influenza), par Schwabach. (Tirage à part de la *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 19, 1892.)

Transactions of the Congress of American Physicians and Surgeons (Compte rendu du Congrès des médecins et chirurgiens américains. Seconde session triennale tenue à Washington les 22, 23, 24 et 25 septembre 1891. (*New Haven*, *Conn*, 1892.)

Traitement de l'angine diphtéritique avec examen bactériologique par le phénol sulforiciné, par A. Josias. (Extrait des *Bull. de la Soc. de thérap.*, séance du 27 avril 1892.)

Ueber die chirurgische Behandlung der Larynschwindsuchs (Sur le traitement chirurgical de la phtisie laryngée. Leçon d'ouverture du 13 juin 1892, par R. Kafemann. (Broch. de 9 pages, A. W. Kafemann, Danzig, 1892.)

Beitraege zur Diagnose und Therapie des Kieferhœhlenempyems (Contributions au diagnostic et au traitement de l'empyème de l'antre d'Higmore, par R. Kafemann. (Broch. de 30 pages, S. W. Kafemann, Danzig, 1892.)

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 59.7.92.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

NOTE SUR LES POLYPES DE L'OREILLE

Par le Dr **HAMON DU FOUGERAY** (du Mans)
Membre correspondant de la Société d'Otologie et de Laryngologie de Paris.

La note que je présente aujourd'hui a trait à deux points de l'histoire des polypes de l'oreille. J'exposerai d'abord quelques phénomènes spéciaux de leur symptomatologie à propos d'une observation qui m'a paru intéressante. Je signalerai ensuite une certaine confusion qui règne encore parmi les divers auteurs au sujet de ce que l'on doit entendre sous la dénomination de *polype*, et j'essayerai de trouver une classification histologique conforme à la définition trop oubliée du mot polype et basée sur l'examen microscopique de ces diverses tumeurs.

J'ajouterai enfin la description de quatre tumeurs examinées au laboratoire du Dr Latteux.

J'ai joint à la fin de ce travail un index bibliographique des publications faites dans les journaux depuis 1885.

J'ai cherché à être aussi complet que possible. Cette bibliographie n'a trait qu'à des articles faits en dehors des traités généraux.

I

L'étude des polypes de l'oreille est en général assez sobrement traitée dans les livres classiques. Leur symptomatologie si variable, les accidents si divers auxquels donne lieu leur

Digitized by Google

présence sont mieux exposés dans les différentes observations publiées dans les journaux. Ces tumeurs sur la nature desquelles les auteurs varient dans leurs classifications ainsi que je le montrerai plus loin, se manifestent par des symptômes qui peuvent varier de zéro à un ensemble si complexe et si grave que la vie elle-même est menacée. Ou bien leur présence ne semble produire rien d'anormal, et quand on les rencontre, c'est par hasard dans un examen dirigé dans un tout autre sens, ou bien le médecin est appelé à traiter des crises en réalité tellement effrayantes que, s'il n'y met toute son attention, il jugera provenir de désordres graves dérivés d'un tout autre organe que l'oreille.

Entre ces deux extrêmes, toutes les variétés, toutes les combinaisons de symptômes se rencontrent. Tous ces états si instables sont loin de donner des points de repère fixes et souvent, si l'on a négligé l'étude de l'otologie on risque de faire un diagnostic erroné. Il faut même parfois posséder un sens clinique très développé pour discerner l'origine de tous les accidents, alors que le malade cherche à cacher, non seulement à celui qui le soigne, mais à ceux qui l'entourent l'affection toujours chronique dont il est atteint ainsi que j'ai pu le constater plusieurs fois.

Ce qui précède est vrai, non seulement dans les cas de polypes, mais aussi dans les simples cas de bouchons de cérumen, et tous ceux qui font de l'otologie savent combien il est fréquent de rencontrer des malades traités déjà par plusieurs médecins, pour des accidents nerveux contre lesquels toute la série des antispasmodiques a été épuisée et qui guérissent en quelques minutes avec de l'eau tiède.

Je n'ai point l'intention de passer ici en revue toute la série des phénomènes que l'on peut rencontrer dans les cas de polypes de l'oreille. Ce serait une énumération souvent banale et toujours incomplète. Il est cependant un point que je tiens à signaler. Un polype par sa seule présence en irritant les filets nerveux si nombreux que possède l'oreille peut-il produire des accidents mortels ? A ce sujet je viens présenter l'observation suivante qui possède un certain intérêt à divers points de vue.

Digitized by Google

Mme R... est âgée de 45 ans, d'une bonne santé habituelle. Les renseignements fournis sur l'état de ses oreilles dans l'enfance manquent un peu de précision. Elle a depuis 20 ans un écoulement purulent à odeur fétide du côté gauche. Elle a toujours cherché à dissimuler cet état et ne s'est jamais soignée. Jusqu'à ce jour, elle n'avait éprouvé que les inconvénients inhérents à la présence du pus et à une diminution notable de l'acuité auditive. Vers la fin d'octobre 1891, elle fut prise, au moment de ses règles, de phénomènes congestifs du côté du cerveau qui ne durèrent pas et cédèrent à une application de sangsues. Le mois suivant, les accidents reparurent plus violents, mais disparurent avec l'écoulement menstruel. Enfin, une troisième fois, survint une attaque tellement grave, que mon excellent confrère le Dr Horeau (de Fresnay) qui lui donnait ses soins et de qui je tiens ces détails, crut un instant à une terminaison fatale. Les symptômes observés furent : douleur très violente dans toute la partie latérale gauche du crâne, fièvre, vomissements incoercibles se produisant au moindre mouvement de la malade, crises d'asystolie avec oppression violente, état syncopal avec pâleur livide, toux fréquente sans expectoration, congestion pulmonaire, voix éteinte, sensibilité du pneumo-gastrique entre les faisceaux d'attache du sterno-mastoïdien. On mit quelques vésicatoires sur le trajet du nerf vague, on donna de l'iodure de potassium et du champagne frappé. Ces accidents se terminèrent heureusement avec les règles. Ce ne fut pas sans peine que le Dr Horeau put enfin découvrir l'origine de ces accidents, et ce fut alors que la malade me fut adressée. L'examen direct de l'oreille gauche me fit reconnaître la présence d'une tumeur remplissant complètement le conduit auditif externe depuis la caisse du tympan où elle s'implantait jusqu'au méat où elle apparaissait sous une forme légèrement framboisée. Comme il importait de ne pas attendre une quatrième menstruation, l'opération fut décidée et faite sous le chloroforme quelques jours après le 15 décembre 1891. Avec l'anse froide j'enlevai la tumeur jusqu'à son implantation sur la muqueuse de la caisse un peu en arrière du promontoire. Cette implantation fut cautérisée à l'acide chromique.

L'opération proprement dite dura dix minutes. Les suites furent excellentes, et après trois autres cautérisations à l'acide chromique répétées à huit jours d'intervalle, la malade put être considérée comme totalement guérie, la perforation du tympan

Digitized by Google

était cicatrisée et l'audition revenue presque normale. Depuis cette époque, Mme R..., a été réglée plusieurs fois, et aucun accident n'est survenu.

Cette observation m'a paru intéressante, d'abord par la coïncidence de la menstruation et des accidents observés, et ensuite par la gravité même de ces accidents qui ont failli emporter la malade. Dans mes recherches bibliographiques, (de Rossi a mentionné un fait d'hémorragies supplémentaires des règles, mais ce cas est tout différent), je n'ai vu mentionner nulle part cette influence des règles sur le développement des accidents, et cette observation me semble être la première sur ce sujet.

En ce qui concerne la gravité des accidents dus manifestement à l'excitation du pneumo-gastrique, j'ai trouvé seulement deux observations analogues publiées par le Dr Boulland, dans le *Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*. Ces deux observations ont trait à deux malades atteints d'otite moyenne suppurée chronique sans polype, l'un à droite, l'autre à gauche, et ayant donné lieu à des accidents exactement similaires à ceux que j'ai observés, mais, de plus ayant dans les deux cas déterminé la mort. Je dois ajouter que ces deux malades étaient fils de tuberculeux et tuberculeux eux-mêmes, ce qui explique la gravité de la congestion pulmonaire. Il y avait de plus une adénopathie parotidienne s'étendant jusqu'à la clavicule.

Ces deux observations me paraissent une rareté pathologique, étant donné le grand nombre d'otites moyennes suppurées chroniques observées et dans lesquelles on a noté seulement la mort due aux phénomènes infectieux produits par la rétention du pus. Elles prouvent cependant qu'à côté de cette cause de mort il faut y joindre celle produite par l'excitation du pneumo-gastrique. L'observation que je présente confirme cette manière de voir; et j'estime que si l'ablation de la tumeur, dans ce cas, n'avait pas été faite immédiatement, la vie de la malade était certainement en danger. De quel ordre sont les lésions du nerf vague dans ces trois cas. Est-ce une névrite? ou bien est-ce seulement un phénomène de compression dû, dans les deux observations du

Digitized by Google

Dr Boulland, à l'adénopathie progressive, et dans mon observation à la tumeur qui subissait au moment des règles un mouvement congestif qui la faisait augmenter de volume ? Il est difficile, en l'absence de renseignements anatomo-pathologiques, de répondre à ces questions.

L'examen histologique a démontré que le soi-disant polype était constitué par un tissu de granulations pures avec de nombreux vaisseaux. J'en reparlerai plus loin.

II

Il règne encore aujourd'hui une assez grande confusion parmi les auteurs, sur ce que l'on doit comprendre sous la dénomination de *polypes de l'oreille*. Le mot « polype », qui n'a par lui-même qu'une signification de convention, a été singulièrement détourné de son acception primitive, dans ces derniers temps. Il me paraît donc naturel de rappeler ici ce que l'on doit entendre par cette expression.

Autrefois on donnait le nom de « polypes » à des tumeurs nées et implantées dans le tissu cellulaire des membranes muqueuses. « Le caractère principal de ces tumeurs était de naître dans des cavités tapissées par des membranes muqueuses. Les vrais polypes ne naissent jamais ailleurs ». (*Dictionnaire des sciences médicales*, t. XLIV, p. 155-1820.)

Mais sous cette dénomination on comprenait alors les tumeurs bénignes et malignes; le simple fibrome figurait à côté du squirrhe. Dans les nouvelles classifications, dues aux progrès des études microscopiques, le mot polype disparaît, et l'on pourrait dire avec raison, aujourd'hui que scientifiquement il n'existe plus de polype. Ce mot, qui n'évoque que l'idée de forme macroscopique applicable à des tumeurs d'origine et d'évolution si différentes, rayé à bon droit des classifications histologiques, devrait aussi disparaître de la clinique. Cependant, l'usage veut que l'on réserve encore le mot « polype » à un certain groupe de tumeurs. Mais la délimitation de ce groupe est loin d'être faite d'une manière claire et précise. Si aujourd'hui le mot « polype » éveille seu-

Digitized by Google

lement l'idée des tumeurs bénignes, les auteurs y font rentrer des espèces variables suivant les classifications, et de plus semblent avoir perdu, du moins pour quelques-unes, le véritable sens du mot « polype » qui ne s'appliquait et ne devrait encore s'appliquer qu'à des tumeurs naissant exclusivement dans des cavités tapissées de membranes muqueuses et jamais ailleurs.

C'est ce que prouve surabondamment l'exposé des principales classifications qui va suivre. Tout d'abord il faut distinguer ce que les auteurs appellent les vrais polypes des granulations et des fongosités du tissu conjonctif. Les uns en font deux groupes distincts, les autres les réunissent ensemble. Enfin dans le groupe des vrais polypes, certains auteurs rangent des tumeurs très diverses que nous étudierons plus loin.

1° *Classification de Steudener.* — Quoique le groupe de polypes vrais, dit Duplay, ait été déjà nettement établi par les descriptions isolées de Meissner, Billroth, Forster et Tröltsch, c'est principalement aux recherches de Kessel et de Steudener qu'on doit la connaissance exacte des caractères histologiques des polypes de l'oreille.

Voici la classification de Steudener adoptée par Duplay, Samuel Sexton, Urbantschitsch :

1° Polypes muqueux,
2° Polypes fibreux ou fibromes,
3° Myxomes.

2° *Classification de Politzer.* — Politzer distingue deux grandes classes :

1° Polypes à cellules rondes (polypes muqueux ; polypes cellulaires) ;
2° Fibromes.

Il mentionne deux autres variétés : la forme angiomateuse et les polypes à traverses osseuses ramifiées.

3° *Classification de Moos et Steinbrügge.*

1° Granulations ;

Digitized by Google

2° Angio-fibromes;
3° Fibromes;
4° Myxomes.

4° *Classification de Kiesselbach.*

1° Polypes à cellules rondes (granulations);
2° Polypes muqueux;
3° Myxomes;
4° Fibromes.

5° *Classification de Weydner.* — Sur 73 polypes examinés, Weydner a trouvé :

1° Granulations pures	33	fois.
2° Granulations avec addition de tissu conjonctif	28	—
3° Tumeurs avec prédominance du tissu conjonctif bien développé	8	—
4° Lymphangiome	1	—
5° Télangiectasie	1	—
6° Angiomes caverneux	3	—
7° Cholestéatome	1	—
8° Verrue du tragus	1	—
9° Tumeur verruqueuse du cartilage du méat	1	—
10° Adénome	1	—

6° *Classification de Hartmann.*

1° Polypes à tissu de granulations;
2° Fibromes;
3° Myxomes.

Il admet la transformation fibreuse du polype en vieillissant.

7° *Classification de Klingel.*

1° Myxo-fibrome;
2° Angio-fibrome;
3° Granulations.

Digitized by Google

8° *Classification de Ferreri (Gherardo).*

1° Polypes fibreux;
2° Myxomes.

Il rejette les granulations qui ne sont pas des polypes.

On voit par la lecture des principales classifications que la délimitation bien nette du groupe « polype » est loin d'être faite. Sans vouloir entrer dans des détails techniques qui nous entraîneraient trop loin, nous pourrons, en examinant ce qui précède, montrer les points communs aux divers auteurs et les différences qui les séparent.

D'abord il y a la question de savoir s'il faut réunir la granulation aux polypes vrais. Steudener, Duplay, Samuel Sexton, Urbantschitch, Ferreri (Gherardo) les séparent; pour eux la granulation est une production qui peut avoir la forme polypoïde, mais ce n'est point un polype. Klingel, Hartmann, Weydner, Kiesselbach, Moos et Steinbrügge et aussi Politzer les réunissent ensemble.

En ce qui regarde les classifications des vrais polypes, les différences entre les divers auteurs sont plus apparentes que réelles. Deux formes fondamentales, le fibrome et le myxome, sont admises par la grande généralité.

La forme fibreuse ou fibrome est admise par tous. Quant au myxome, Weydner et Politzer seuls n'en parlent pas. Klingel distingue comme types le myxo-fibrome et l'angio-fibrome, Moos et Steinbrügge admettent aussi l'angio-fibrome. Cela tient très probablement aux variétés rencontrées le plus communément par ces auteurs. Quant au polype muqueux vrai, en dehors de Steudener et des auteurs qui admettent sa classification, Kiesselbach est le seul à le distinguer, les autres le confondent très probablement avec les granulations ou les fibromes.

Enfin l'énumération plutôt que la classification de Weydner est un exposé de tumeurs diverses s'implantant un peu partout depuis la caisse du tympan jusque sur le cartilage du méat. On ne saurait réellement admettre que les verrues soient des polypes.

Cette confusion n'existe bien réellement que dans le travail

Digitized by Google

de Weydner et semblerait donner raison à Mc Bride, qui regarde comme arbitraire la distinction des granulations et des polypes et donne une description des caractères histologiques de ces tumeurs qui ne saurait être présentée comme un modèle de clarté.

Il est permis, au milieu d'idées si diverses et de classifications si confuses, de se demander : Qu'est-ce qu'un polype ? D'abord il faut admettre logiquement de deux choses l'une. Ou il faut laisser le nom de polype à toute production végétante que l'on peut rencontrer dans le conduit auditif et la caisse, ainsi que le font plusieurs auteurs ; ou, au lieu de faire des classifications qui ne reposent que sur l'arbitraire et non sur des données anatomiques, rechercher s'il n'existe pas un type de tumeur auquel on puisse, pour la distinguer de toutes les autres, conserver encore aujourd'hui le mot « *polype* » muni d'un adjectif qui en fasse réellement une espèce nette, précise, facile à distinguer. Si cette dernière manière de voir ne peut exister, laissons alors le mot polype pour ce qu'il vaut, c'est-à-dire ne nous en servons que pour indiquer une tumeur végétante pédiculée, peu importe sa texture, et alors à quoi bon les classifications puisque la dénomination « polype » ne préjugera pas la forme histologique et qu'elle embrassera toutes les tumeurs qui, obligées de sortir par un conduit tubulé, le conduit auditif, affecteront toutes comme, cela se voit du reste, la forme polypoïde due à la disposition anatomique de la région. Mais si, en dehors de toutes les tumeurs qui histologiquement portent un nom, il existe une forme qui par sa texture s'en sépare nettement, donnons à cette dernière la dénomination polype qui prend ainsi un sens défini anatomiquement. Or, il résulte des recherches histologiques que j'ai faites avec le concours toujours si bienveillant de mon excellent maître le Dr Latteux, qu'il existe bien un type répondant à ce genre de tumeur, et pour le reconnaître il suffit de lire la description très vraie d'ailleurs qu'en donne Duplay dans son *Traité de chirurgie*, à l'article *Maladies de l'appareil auditif*, p. 714, t. IV.

Cet auteur décrit ainsi ce qu'il nomme et ce que nous appellerons aussi avec lui le polype muqueux vrai :

Digitized by Google

« Les polypes muqueux sont constitués par une enveloppe épithéliale, une masse de tissu conjonctif des vaisseaux, des glandes et des kystes.

« La couche épithéliale qui revêt les polypes muqueux est formée tantôt d'épithélium pavimenteux stratifié, tantôt d'une ou de plusieurs couches d'épithélium cylindrique. Souvent on trouve de l'épithélium à cils vibratiles. Quelquefois la tumeur présente un épithélium pavimenteux vers son extrémité terminale et un épithélium cylindrique à sa base. Lorsque la gaine épithéliale est épaisse, les cellules les plus superficielles sont aplaties, analogues à celles de la couche cornée de l'épiderme, tandis que les cellules de la couche profonde en rapport avec le tissu conjonctif de la tumeur rappelle assez exactement le chorion des muqueuses, mais s'en distingue par la présence d'un grand nombre d'éléments jeunes (noyaux embryoplastiques, cellules fusiformes, corps étoilés) et par la présence de mucine qui infiltre le tissu et lui donne son aspect et sa consistance. A sa surface libre, le chorio nmuqueux est surmonté de nombreuses papilles hypertrophiées, allongées, qui déterminent l'aspect papillaire d'une partie ou de la totalité de la tumeur. Des vaisseaux assez nombreux, quelquefois dilatés, à parois extrêmement minces, se répandent dans l'épaisseur du chorion. On voit souvent des capillaires pénétrer dans les papilles et y former des anses. Enfin les vaisseaux sont quelquefois assez développés pour donner au polype l'aspect d'une tumeur caverneuse, ainsi que Buck (de New-York) en a décrit un bel exemple.

« On a observé dans l'intérieur des polypes muqueux des glandules se présentant sous forme d'enfoncement tubuleux de l'épithélium. Steudener ne les a trouvées que dans 7 cas, et il est probable qu'on a souvent pris pour des glandes l'espace compris entre deux papilles. »

Cette description très nette et qui répond très fidèlement à la vérité mérite de nous arrêter.

Dans ce genre de tumeur nous trouvons :

1° Un revêtement épithélial soit pavimenteux stratifié, soit cylindrique souvent à cils vibratiles, c'est-à-dire le revêtement épithélial de la muqueuse de la caisse;

Digitized by Google

2° Un tissu conjonctif reproduisant le chorion des muqueuses, mais ayant subi quelques modifications inflammatoires;

3° Des papilles hypertrophiées à sa surface;

4° Des vaisseaux;

5° Des glandes parfois qui dans certains cas formeront des kystes.

Quel nom peut porter ce genre de tumeur? Est-ce un fibrome? Non certainement, et la description du fibrome donnée immédiatement après par Duplay en diffère notoirement. Il y a dans le fibrome ces beaux réseaux cellulaires avec des vaisseaux peu nombreux, cette absence totale de glandes et do kystes et du reste si les auteurs qui, après Steudener, ont décrit le polype muqueux, le séparent du fibrome, c'est parce que sa texture en diffère manifestement; à plus forte raison ce n'est point un myxome, un angiome ou toute autre espèce définie. Qu'est-ce alors sinon une hypergénèse des éléments mêmes de la muqueuse, hypergénèse due à une irritation inflammatoire en un point de la muqueuse?

Pourquoi ne point lui donner le seul nom qu'elle mérite, polype muqueux, auquel il est superflu d'ajouter le mot vrai puisqué les autres tumeurs portent un nom connu répondant à un type anatomique différent? Cette manière de concevoir le polype de l'oreille nous paraît rationnelle et d'accord avec l'histologie et l'anotomie. Le polype muqueux est en effet une tumeur naissant dans une cavité tapissée par une membrane muqueuse, ce qui est conforme à la définition même du mot polype telle que nous l'ont laissée les anciens auteurs. C'est de plus un type histologiquement défini. Ces deux raisons nous paraissent suffisantes.

Ce qui nous étonne dans les classifications mentionnées ci-dessus, c'est, ainsi que je le disais plus haut, leur caractère arbitraire. Pourquoi avoir adjoint au polype muqueux des tumeurs telles que le fibrome, le myxome, etc., qui, par leur texture même, ne sont point toujours de forme polypoïde dans le corps humain, et qui pour l'oreille ne tirent cette forme que de la disposition anatomique de la région? Cette

Digitized by Google

observation pourrait s'appliquer à ce que l'on nomme polypes, dans d'autres régions, mais elle a surtout sa valeur pour l'oreille moyenne où l'on rencontre une tumeur, le polype muqueux, qui est bien à lui seul un type histologique.

Cette question de classification nous a paru importante précisément parce que les classifications des auteurs ne reposent sur aucune donnée anatomique. Ou bien, nous le répétons, le mot polype est pris comme signifiant seulement une tumeur prédiculée quelconque, ou bien il signifie quelque chose, et alors il représente un type à part et non un ensemble de types plus ou moins variables, selon la manière de voir des divers auteurs. Il faut du reste toujours l'examen microscopique pour donner un nom à une tumeur, nom qui lui vient de sa structure anatomique et non de sa forme macroscopique.

C'est ainsi que l'on évitera des confusions toujours regrettables au point de vue scientifique, où là, plus qu'ailleurs, il faut chercher la netteté, la précision, la clarté qui font que tous peuvent aisément s'entendre et se comprendre sans crainte de fausse interprétation.

III

Je n'ai point voulu dire, si l'on a bien compris ce qui précède, que dans la caisse du tympan on ne rencontrera jamais que le polype muqueux à l'exclusion de tout autre type défini. Ce que j'ai cru pouvoir démontrer, c'est que, parmi les diverses tumeurs qui se rencontrent dans la caisse, il en est une à laquelle on peut anatomiquement donner le nom de polype muqueux, à défaut d'autre appellation, parce que la texture de cette tumeur s'éloigne assez de celle des autres tumeurs connues pour en être nettement séparée. Aussi, à mon avis, quand on rencontrera une tumeur siégeant dans le fond de l'oreille, il ne faut pas à première vue dire c'est un polype. Il faut, afin d'être précis, seulement affirmer la présence d'une tumeur sans préjuger sa nature.

De plus, il est nécessaire d'examiner avec soin son point d'implantation; ajoutons alors, pour être complet, les notions

Digitized by Google

fournies par l'examen sur son volume, sa coloration, sa consistance, les symptômes qu'elle détermine, etc. Ce sont là les seuls renseignements que peut nous fournir la clinique. L'examen microscopique ultérieur nous révélera sa nature, et alors seulement nous pourrons lui donner un nom. Telle est la marche à suivre en pareil cas. Il est un point sur lequel j'insisterai tout particulièrement. Il faut examiner avec le plus grand soin le point d'implantation de la tumeur. C'est là un renseignement précieux et qu'il n'est pas toujours facile de se procurer. Le microscope pourra lever les doutes dans beaucoup de cas. Ainsi, si une tumeur que l'on croit s'implanter dans la caisse présente le caractère très net d'un revêtement cutané, on ne saurait, malgré les apparences, en faire remonter l'origine à la caisse.

Afin de mieux faire comprendre ce qui précède, je viens présenter quatre tumeurs examinées d'après les principes ci-dessus énoncés.

Je noterai pour chacune d'elles :

1° L'aspect, la coloration, le volume, les symptômes survenus;

2° Le point d'implantation;

3° L'examen histologique;

On pourra voir ainsi combien il aurait été imprudent de leur donner le nom de polype tel qu'on doit l'entendre, alors que l'on verra qu'une seule de ces tumeurs mérite réellement ce nom.

Ces tumeurs ont été enlevées sur quatre malades différents qui se sont présentés à ma consultation dans les trois derniers mois de l'année 1891.

— Tumeur n° 1 (Fig. 1).

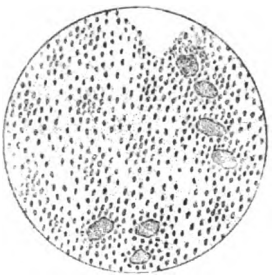
Cette tumeur est celle dont il est question dans l'observation présentée au commencement de ce travail. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit de son volume, sa coloration, etc.

Quant au point d'implantation, j'ai pu avec le stylet reconnaître que le pédicule provenait de la caisse en arrière du promontoire.

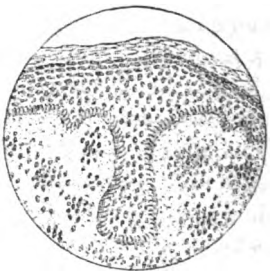
L'examen histologique a montré un tissu typique de granulations avec des vaisseaux nombreux dans quelques parties,

Digitized by Google

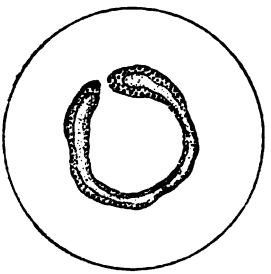
F. I

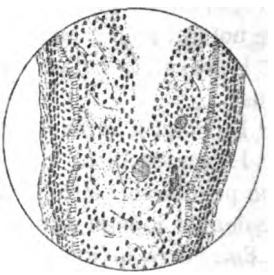


F. II

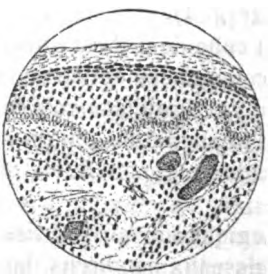


A F. III B





F. IV



Digitized by Google

vaisseaux à paroi très nette; en un mot ce n'était qu'une granulation simple, autrement dit un simple bourgeon charnu; ce n'était pas un polype.

— Tumeur n° 2 (Fig. 2).

Cette tumeur provenant d'une femme de 40 ans, sans avoir produit des phénomènes spéciaux dignes d'être mentionnés, était formée de grains multiples assez analogues à des graines de céréales, durs, presque cornés, les plus accessibles s'implantant sur les parois du conduit auditif externe. Pour les plus profonds il était difficile, à un seul examen, de déterminer s'ils provenaient de la caisse. Après avoir enlevé les plus externes, j'ai pu reconnaître que la membrane du tympan n'était pas perforée et que l'écoulement d'apparence purulente provenait de l'irritation de la peau du conduit.

L'examen histologique m'a montré la texture d'un papillome avec centre embryonnaire inflammatoire.

— Tumeur n° 3 (Fig. 3).

Cette tumeur, de la grosseur d'un noyau de cerise, était implantée au fond du conduit auditif gauche dans l'angle rentrant formé par la membrane du tympan et la paroi inférieure du conduit; elle apparaissait comme une petite sphère rosée et ne donnant lieu qu'à une légère surdité avec quelques bourdonnements. Le malade qui en était porteur était un jeune homme de 16 ans n'ayant jamais eu d'affection de l'oreille antérieurement. Il était très difficile, à l'examen, de dire si le point d'implantation était seulement sur la peau du conduit ou sur la face externe de la membrane.

L'examen histologique a révélé l'existence d'une tumeur très curieuse et que je crois très rare. Elle était formée par un redoublement de la peau avec cavité intérieure sans contenu, tout au moins d'après ce que j'ai pu constater. Ainsi qu'on peut le voir dans la figure 3 A, la peau adossée à elle même forme une lanière qui se replie, et en un point on voit l'orifice de la cavité précisément au point d'implantation où la section avec l'anse a été faite. C'est donc un kyste dermoïde, tumeur que je ne crois pas avoir vu signaler.

— Tumeur n° 4 (Fig. 4).

Digitized by Google

Cette tumeur, enlevée au fond de l'oreille gauche d'une femme de 50 ans, était grosse comme un petit pois, rouge, sortant manifestement de la caisse par une perforation. Il y avait une surdité assez prononcée avec écoulement purulent et bourdonnements parfois très violents.

Au microscope on reconnaît la texture du polype muqueux : revêtement épithélial, chorion, vaisseaux, cellules embryonnaires; pas de glandes.

Certes ces quatre tumeurs sont des polypes si l'on veut encore donner ce nom à des tumeurs pédiculées quelle que soit leur nature. Mais à quelle confusion n'arrive-t-on pas si l'on désigne ainsi un papillome et un kyste dermoïde! Pourquoi employer encore le mot polype, puisque de ces quatre tumeurs trois portent déjà un nom qui correspond à leur texture anatomique, tandis que le mot polype dans cette circonstance ne signifie absolument rien. Quant à la quatrième, je ne dirai pas que c'est un polype, mais bien un polype muqueux, ce qui veut dire, je le répète, une tumeur de la muqueuse de la caisse constituée par l'hypergenèse de ses éléments.

Cette question des tumeurs de l'oreille mérite d'ailleurs d'être plus complètement et mieux étudiée que l'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. Toutes les classifications qui ont paru ne valent rien, ainsi que je l'ai démontré plus haut. Il vaudrait bien mieux diviser les tumeurs de l'oreille ainsi qu'il suit :

1° Tumeurs du pavillon;

2° Tumeurs du conduit auditif externe;

3° Tumeurs de la caisse;

4° Tumeurs de l'oreille interne.

En examinant un grand nombre de tumeurs, en les décrivant avec soin et en mentionnant toujours leur origine, on ferait, certes, une œuvre plus utile au point de vue scientifique que de chercher à classer des polypes, mot vide de sens, comme on peut s'en convaincre.

En compulsant les relevés des tumeurs que l'on rencontre dans l'oreille désignées sous le nom de polypes, on peut dresser aujourd'hui la liste suivante :

Digitized by Google

Tumeurs rencontrées dans l'oreille et décrites par les auteurs sous le nom « de polypes ».

1° Tumeurs à granulations pures (Weyd);
2° Tumeurs à granulations avec addition de tissu conjonctif (Weyd);
3° Tumeurs avec prédominance du tissu conjonctif bien développé (Weyd);
4° Lymphangiome (Weyd);
5° Télangiectasie (Weyd);
6° Angiome caverneux (Weyd);
7° Cholestéatome (Weyd);
8° Verrue (papillome) (Weyd);
9° Adénome (Weyd);
10° Polype muqueux (Steud.);
11° Myxome (Steud.);
12° Fibrome (Steud.);
13° Myxo-fibrome (Kling);
14° Angio-fibrome (Kling);
A cette liste déjà longue, ajoutons :
15° Kyste dermoïde (Latt. et Hamon du Fougeray).

Cette liste est très certainement incomplète et mérite en tout cas d'être revue et corrigée au moins pour quelques tumeurs. Elle est peu instructive parce que le point d'implantation manque pour la plupart. Mais avec ses imperfections elle constitue un point de départ pour ceux qui voudraient étudier plus tard cette intéressante question.

Telles sont les observations que je tenais à présenter au sujet des soi-disant polypes de l'oreille. Je ne prétends pas avoir été complet et avoir envisagé la question sous toutes ses faces, mais je crois que telles qu'elles sont, les vues que j'expose seront considérées comme non seulement exactes au point de vue anatomique, mais encore utiles pour l'étude des tumeurs très diverses à pronostic cependant bénin, car je n'ai point parlé des sarcomes, épithéliomes, etc., qui forment une classe à part.

En résumé nous dirons : il faut diviser les tumeurs de l'oreille suivant le siège anatomique qu'elles occupent :

Digitized by Google

1° Pavillon;
2° Conduit auditif externe;
3° Caisse du tympan;
4° Oreille interne.

Cette division faite, il faut envisager les tumeurs de ces quatre régions sous deux points de vue : tumeurs bénignes et tumeurs malignes. Enfin en ce qui regarde l'oreille moyenne, ne donnons le nom de polype qu'au *polype muqueux*, tel que Steudener, et après lui Duplay l'ont décrit. Ce projet de classification me paraît présenter deux avantages, celui d'être à la fois anatomique et clinique.

BIBLIOGRAPHIE, *comprenant les monographies publiées dans les journaux depuis* 1885.

ALVARÈS GONZALÈS. Polypes du conduit auditif externe consécutifs à l'otorrhée. (*Arch. de med. y cir. de los ninos*, Madrid, 31 mai 1885; in *Revue bibliograph. des sc. médicales*, n° 19, p. 295.)

BENDELL. Traitement des polypes de l'oreille par les injections interstitielles d'acide phénique. (*N. Y. med. Journal*, 6 février 1886.)

BLAKE CLARENCE, de Boston (États-Unis). Deux cas montrant les effets de la compression exercée par les polypes de l'oreille moyenne. (*Annales des malad. de l'oreille, du nez et du larynx*, p. 18, 1888.)

BOCKELMANN. Des polypes de l'oreille. (*Thèse de Würtzbourg*, 1887.)

BRIGG. Polypes de l'oreille et leur traitement. (*Amer. Practit. and News.*, 1er octobre 1887.)

CALHOUN. Polype du conduit externe gauche. (*Atlanta West.*, p. 137, mai 1885.)

CARDONE. Polype gigantesque de la caisse du tympan. Note clinique et anatomo-pathologique. (*Archiv. intern. d'otologie*, 1885.)

CHARAZAC. Otorrhée datant de 26 ans. Polype volumineux des deux oreilles. Guérison de la surdité. (*Annales de la policlinique de Toulouse*, juin 1890.)

CHATELLIER. Otite moyenne suppurée droite. Polype du conduit. Carie du rocher. Eruption d'herpès dans le conduit et sur le

Digitized by Google

pavillon. (*Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, n° 6, 1886.)

CUMBERLAND. Polypes de l'oreille. (*Saint-Barth. hospit. Report*, t. XX, p. 101.)

EITELBERG. Polype de la caisse sans perforation du tympan. (*Archiv of otology*, p. 246, septembre 1887. — Sur les polypes de l'oreille et leur traitement. (*Centralbl. f. d. gesammte Therapie*, 1886.)

FERRERI GHERARDO. Note histologique sur les polypes de la caisse du tympan. (*Lo Sperimentale*, juillet 1889.)

GOMPERZ. Trois cas d'atrophie spontanée de polypes de l'oreille. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, juillet 1889.)

GRAND. Note sur un cas de polype de l'oreille. (*Loire médicale*, 15 février 1887.)

KIESSELBACH. Contribution à l'histologie des polypes de l'oreille. (*Monatschrift f. Ohrenh.*, avril 1887.)

KLINGEL. Histologie des polypes de l'oreille. (*Zeits. f. Ohrenh.*, juillet 1890).

MASINI. Note anatomo-pathologique sur un polype de l'oreille. (*Boll. delle malatt. della gola*, 1888.)

NOQUET. Polype muqueux de l'oreille provoquant de la douleur et des accès de vertige. (*Bulletin médical du Nord*, 27 décembre 1889.)

PRATOLONGO. Traitement des polypes de l'oreille. (*Gazzetta degli ospitali*, n° 18, 1889.)

ROLLAND. Des polypes de l'oreille. (*Gazette med. de Montreal*, décembre 1888.)

ROUGIER. Polype de l'oreille gauche. (*Bulletin méd. du dispensaire de Lyon*, avril 1890.)

SUAREZ DE MENDOZA. Sur un cas d'épilepsie guéri par l'ablation d'un polype de la caisse, qui occupait tout le conduit auditif. (*Revue mensuelle de laryngologie*, etc., n° 8, 1888.)

STONE. Polype de l'oreille. (*Liverpool med. chir. Journal*, juillet 1888.)

TALON-SERVANDO. Guérison d'un polype muqueux de l'oreille. (*Ann. di ot. y laryng.*, n°s 7 et 8, 1885.)

WEYDNER. Structure des polypes de l'oreille. (*Archiv of otology*, p. 49, 1885.)

Digitized by Google

II

SUR UN CAS DE PSEUDOPHOTESTHÉSIE D'ORIGINE TACTILE

Par le Dr G. Gradenigo,
Professeur pour les maladies des oreilles et du nez à l'Université de Turin.

On sait que, chez certains individus, il existe de fausses sensations secondaires de couleurs, de sons, d'odeurs, de saveurs, etc., qui sont provoquées par une première perception objective ou par son évocation dans le domaine d'un autre sens ou du sens lui-même. L'association que l'on rencontre le plus fréquemment est l'association des sons et des couleurs, désignée sous le nom d'audition colorée, par laquelle toute sensation acoustique objective d'une intensité suffisante, ou même sa simple évocation mentale, peut réveiller ou faire apparaître, pour certaines personnes, une image lumineuse, colorée ou non, et constante pour la même lettre, le même timbre de voix ou d'instrument, la même intensité et la même hauteur du son. Cette forme d'association, déjà mentionnée dès 1786 par Hoffmann, a été, à plusieurs reprises, un objet d'observation et d'étude. Parmi les auteurs qui s'en sont occupés, on doit rappeler spécialement Verga, Lussana, Nüssbaumer, Bleuler et Lehmann, Grazzi, Pedrono, Baratoux, etc.

Il y a deux ans, Suarez de Mendoza, publia, sur cette question, une monographie très intéressante, rapportant 8 cas qu'il avait observés et réunissant dans des tableaux synoptiques, tous ceux qui sont enregistrés dans la littérature, et qui forment, jusqu'à présent, un total de 134.

Les fausses sensations provoquées par des impressions des autres sens spécifiques, odorat, goût, toucher, sont beaucoup plus rares que les fausses sensations de couleurs d'origine acoustique; sur les 134 cas recueillis par Suarez de Mendoza, il est mentionné, dans 20 seulement, que certaines

Digitized by Google

saveurs et odeurs étaient colorées; il en est de même également pour certaines sensations subjectives comme mal de dents, migraine, douleurs abdominales, etc.

Je n'ai trouvé rappelé aucun cas dans lequel de véritables sensations tactiles eussent provoqué la fausse sensation de couleurs. C'est pourquoi je crois utile de rapporter brièvement le fait suivant, que j'ai eu l'occasion d'étudier, à différentes reprises, chez une personne très intelligente et parfaitement en état de décrire ses propres sensations.

M. M..., étudiant de 21 ans. Constitution saine, tempérament excitable, aucun trouble oculaire. Depuis environ 2 ans il est tourmenté fréquemment par une céphalée gravative frontale qui lui enlève le sommeil et l'empêche de s'occuper utilement. Il fut soigné sans résultat par plusieurs médecins qui eurent en vue spécialement, la possibilité que la céphalée provînt d'affections de l'estomac; en ces derniers temps, seulement, le patient eut conscience que sa douleur au front et aux tempes coïncidait avec une sensation de fermeture et de pesanteur dans l'intérieur du nez. A l'examen rhinoscopique on remarque une hypertrophie considérable du cornet inférieur, en totalité, des deux côtés; la muqueuse de ce cornet est en contact, sur une large portion, avec celle du septum. La sensibilité tactile de ces parties est très exagérée, de sorte que l'introduction des instruments provoque une sensation de douleur. Dès les premiers jours du traitement chirurgical de ces parties, qui réussit sans aucune complication, la céphalée disparut tout à fait pour ne plus revenir. Durant les manœuvres opératoires on fut à même d'observer un étrange phénomène. Le patient apercevait devant ses yeux une apparition instantanée de couleur rouge vif, comme un éclair, chaque fois que l'on extrayait les instruments de l'une des cavités nasales. Des expériences ultérieures firent reconnaître que la pseudo-perception de lumière n'était pas provoquée par l'attouchement des parties profondes des cavités nasales, attouchement qui, comme nous l'avons dit, était presque douloureux, mais qu'elle avait lieu seulement quand l'éloignement brusque des deux valves du spéculum dilatateur laissaient tout à coup en liberté la narine correspondante (1).

(1) Ces jours derniers j'ai eu l'occasion de rencontrer un phénomène parfaitement analogue à celui qui vient d'être décrit, chez un jeune artilleur, affecté, lui aussi, de rhinite hypertrophique diffuse avec hyperesthésie et phénomènes réflexes divers (vertiges, céphalée, lueurs devant les yeux, etc.)

Digitized by Google

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

HOFFMANN. — *Versuch einer Geschichte der malerischen Harmonie.* Halle, 1786.

VERGA. — *Arch. ital. per le malattie nervose.* Milan, 1865.

LUSSANA. — *Fisiologia dei colori.* Padoue, 1873. — *Gazz. méd. ital. Prov. Venet.* XXVI, n° 39. — *Giornale Intern. delle sc. med.* 1881, n° 9.

NÜSSBAUMER. — *Wien. med. Wochenschrift.* Janvier 1873.

BLEULER et LEHMANN. — *Zwangmässige Lichtempfindungen durch Schall*, etc. Leipzig, 1881.

GRAZZI et FRANCESCHINI. — *Boll. malattie dell'orecchio*, etc. mai et juillet 1883, pag. 41 et 63.

PEDRONO. — *Annales d'Oculistique.* LXXXVIII, novembre-décembre 1882,

BARATOUX. — *Revue de Laryngol.* etc., 1883, n° 3.

SUAREZ DE MENDOZA. — *L'audition colorée.* Paris, Doin, 1890 (contient des données bibliographiques très détaillées).

III

DE LA RHINITE ATROPHIQUE RELATIVE

Par le Dr L. COUETOUX, de Nantes.

Les quelques observations que je me permettrai sur la rhinite atrophique supposent connus les intéressants travaux parus sur cette question complexe et dus à la plume des hommes les plus autorisés tels que Moldenhauer, Ruault, etc. Tous ces auteurs, qu'ils acceptent ou non la présence d'un organisme spécial à la putréfaction ozéneuse, voient dans la dilatation des cavités nasales la cause première de l'infection des mucosités stagnantes.

Le but que je me propose est de chercher dans l'évolution

Digitized by Google

même du mal un mode de traitement et de plus une mesure de sa gravité.

Quel est l'état des organes atteints de la rhinite atrophique complètement évoluée? Les cornets sont devenus rudimentaires, d'où une dilatation énorme des cavités nasales, la muqueuse nasale est atrophiée, la muqueuse du pharynx nasal l'est également. Une grande cavité rhino-pharyngienne succède au rhino-pharynx normal toujours un peu rétréci par ses muqueuses épaisses et ses glandes abondantes. Je n'ai pas à insister ici sur les conséquences de ces déformations au point de vue de l'arrêt des sécrétions dans toutes ces cavités. Le rhino-pharynx est trop large; les cavités nasales sont trop larges; le courant aérien ne peut suffire à entraîner les mucosités qui encombrent leurs parois. Voilà la rhinite atrophique qui me parait mériter le qualificatif d'absolue.

Mais par où commence l'atrophie? Car heureusement nous n'avons pas toujours le triste tableau que je viens de noter rapidement. Parfois au contraire la guérison est encore possible. « Je la crois possible, dit M. Ruault, dans le cas où l'atrophie est encore assez limitée; où par exemple on voit un cornet inférieur manifestement atrophié, alors que l'autre cornet inférieur et le reste des fosses nasales sont à peu près sains ou ne présentent que des signes de catarrhe. »

Cette description du Dr Ruault nous montre que l'atrophie commence par les cornets inférieurs et non par les glandes du rhino-pharynx. C'est sur les conséquences de ce début que porte tout ce travail.

Il nous arrive de voir des malades atteints de rhinite atrophique peu développée avec un ozène repoussant, de donner des espérances à ces malades, en nous appuyant précisément sur l'opinion que nous venons de trouver sous la plume de M. Ruault et de voir nos soins non pas inutiles, mais peu efficaces. Les malades sont soulagés, mais que de tampons, que de lavages, que de pulvérisations, que de prises pour obtenir un soulagement de quelques jours.

Voici à mon avis l'interprétation qu'il faut donner à ces déboires. L'atrophie a frappé les cornets inférieurs, tout est

Digitized by Google

encore limité à ces dégâts et nos espérances de guérison sont rationnelles... Mais nous avons oublié que l'atrophie succède à l'hypertrophie de la muqueuse de toute la région nasale et pharyngienne. A une époque antérieure plus ou moins éloignée, nous aurions trouvé le cornet inférieur non pas diminué de volume, mais remplissant tout l'espace qu'il laisse actuellement s'encombrer de mucosités infectes. Et le rhino-pharynx, dans quel état se trouvait-il ? Il était, comme nous le voyons chez presque tous les jeunes gens atteints de gonflement des cornets; la muqueuse était tuméfiée, des végétations adénoïdes plus ou moins abondantes encombraient la cavité retro-nasale. Qu'aurions nous fait en présence de cet état ?Nous aurions abattu les végétations et nous aurions vu le gonflement des cornets rétrocéder et tout rentrer à l'état normal, avec ou sans l'aide des cautérisations nasales. Actuellement que nous trouvons les cornets atrophiés, mais l'hypertrophie de la muqueuse rhino-pharyngienne persistante, nous devons considérer ce qui nous est réservé dans le cas de non intervention, ce que nous pourrons produire en intervenant de suite.

Si nous ne considérons que la rhinite atrophique, nous verrons les croûtes céder aux lavages, l'état s'améliorer; mais l'arrivée du courant aérien pendant l'expiration, rencontre un obstacle dans le rétrécissement du rhino-pharynx par une muqueuse plus ou moins hypertrophiée, plus ou moins remplie de végétations adénoïdes. Cet obstacle sera d'autant plus grand que la rhinite hypertrophique préexistante aura été plus accentuée, qu'elle aura moins rétrocédé; de sorte que, singulière conséquence, notre malade sera d'autant moins satisfait de nos soins que les lésions seront moins atrophiques; c'est que, alors, elles seront plus ozéneuses. Voilà à mon avis l'état ozéneux particulier que Ruault qualifie de catarrhal, et qui me paraît le premier stade de la rhinite atrophique ou rhinite atrophique relative. Il y a déjà longtemps que l'on a remarqué que l'ozène et la rhinite atrophique ne vont pas de pair comme degré d'intensité. « L'ozène peut exister sans rhinite atrophique véritable, dit M. Ruault, par exemple s'il se montre sous forme

Digitized by Google

d'ozène purement catarrhal chez de jeunes sujets strumeux. »

Il faudrait nous dire comment la strume peut bien produire l'ozène sans stagnation : la dilatation nasale n'est pas bien grande, c'est possible, elle peut même passer pour négligeable ; mais dans ces cas l'issue de l'air est gênée vers les choanes et la dilatation est suffisante pour que le courant d'air limité par les parois pharyngiennes hypertrophiées ne puisse suffire à balayer les mucosités qui s'accumulent.

Le malade s'impatientera des traitements employés, y renoncera, et nous verrons se produire peu à peu la rhinite atrophique absolue.

Tant que la rhinite atrophique est encore relative, ainsi que je viens de le dire, le mot relatif ayant été un sens très précis, le mieux est d'opérer les végétations, et nous verrons une guérison dont le pronostic est relativement facile. Il est évident qu'elle sera en raison inverse des progrès faits par l'atrophie sur les cornets, et aussi sur le rhino-pharynx. De sorte que les difficultés que nous éprouvons dans le traitement de l'ozène relatif sont plutôt un gage de succès qu'un motif de découragement. Sans doute les médecins qui liront ces lignes se rappelleront les déconvenues éprouvées dans des cas légers en apparence et la reconnaissance de malades chez lesquels l'atrophie avait tout envahi, mais aussi chez lesquels aucun obstacle ne nuisait au succès passager des douches nasales, etc. En faisant le grattage de cette région, nous la préserverons de cette progression atrophique qui en atteint si profondément tous les éléments muqueux, et remplace leur surface glissante et humide par une surface sèche et propre à retenir les croûtes desséchées.

J'ai récemment observé un cas bien typique de l'évolution que je viens de décrire :

Il s'agissait d'une jeune fille de 16 ans que je vis en juillet 1890 : Je constatai de l'atrophie des cornets inférieurs, d'un degré moyen ; des croûtes abondantes remplissaient les narines. Elle était mal réglée encore et souffrait de maux de tête, les douches nasales de Weber, les prises soulagèrent la malade. Le pronostic me parut favorable en raison de la dilatation rela-

Digitized by Google

tivement peu considérable de cavités nasales. La malade suivit mes indications (injections, prises, tampons, etc.), puis lassée d'attendre une guérison qui ne venait pas, elle alla demander conseil ailleurs. Après diverses tentatives infructueuses, elle revient en juin 1891 se plaindre à moi de ses insuccès continus. N'y avait-il rien de plus efficace pour la soulager que ces lavages dont le bénéfice était si temporaire? Le nez sentait toujours mauvais.

Ayant observé des végétations à la partie médiane du rhino-pharynx chez le frère de la patiente, j'eus l'idée de l'examiner à ce point de vue. Je pratiquai donc le toucher pharyngien, et trouvai d'abondantes végétations que je grattai sur-le-champ.

Le 13, c'est-à-dire trois jours après l'opération, les maux de tête ont disparu; il ne reste qu'un peu de pesanteur. La tante qui accompagne la malade et se plaignait fort de l'odeur affreuse qu'elle exhalait et des croûtes vertes qu'elle rendait, la trouve guérie de cette puanteur. Il reste pourtant quelques croûtes.

Le 3 juillet je revois ma malade; elle va toujours bien, n'a plus d'odeur, bien qu'elle ne fasse aucun traitement; il y a 15 jours qu'elle n'a pas fait une seule injection. Les maux de tête n'ont pas reparu. Elle n'a presque plus de croûtes nasales.

J'ai fait la même opération chez une femme de 33 ans prise depuis 7 mois d'ozène. Le résultat a été très bon; mais des croûtes se montrent encore souvent vers le rhino-pharynx. Dans ce cas l'opération fut évidemment tardive; et ce retard s'explique fort bien, quoique la malade fut soigneuse de sa personne. J'ai depuis vu son frère, lequel est atteint d'une atrophie tout aussi notable des fosses nasales avec croûtes; mais chez cet homme d'une quarantaine d'années, au nez épaté comme sa sœur, il n'y a pas d'ozène. L'interprétation de ces cas a soulevé bien des discussions, elle ne me paraît pas rentrer dans mon sujet. Il me suffirait que l'on veuille trouver satisfaisante l'explication que je donne de l'ozène extrême dans des atrophies moyennes sans ulcérations de la muqueuse. Seulement on conçoit que si une circonstance pathologique vient chez un sujet semblable à provoquer l'ozène, on puisse s'attendre à trouver la muqueuse du rhino-pharynx déjà atteinte par l'atrophie, surtout la partie antérieure en contact avec la muqueuse nasale malade.

Digitized by Google

L'observation porte dans l'esprit la conviction que la rhinite atrophique évolue bien comme il a été dit; et tous les auteurs l'admettent. Le but de ce travail est d'insister sur les conséquences du mode d'évolution, de ses étapes, ce qui me paraît avoir été tout à fait négligé. La dernière femme dont je viens de parler avait un fils atteint de végétations adénoïdes très abondantes. J'ai récemment eu à soigner un jeune homme atteint de rhinite atrophique absolue et dont le frère plus jeune a le rhino-pharynx obstrué de végétations très abondantes et les cornets hypertrophiés remplissent les cavités nasales. Tous les spécialistes ont occasion fréquente de ces constatations qui sont autant de vérifications de la théorie généralement admise et qui semble s'imposer.

Concluons donc :

1° La rhinite atrophique est précédée d'hypertrophie non seulement de la muqueuse des cornets mais de la muqueuse du rhino-pharynx;

2° Elle présente deux stades : l'atrophie relative, l'atrophie absolue;

3° La rhinite atrophique relative devient ozéneuse autant par étroitesse du rhino-pharynx que par trop grande largeur des cavités nasales. La guérison sera d'autant plus à espérer que la stagnation sera causée plutôt par l'étroitesse du rhino-pharynx (végétations adénoïdes) que par le retrait des cornets et de leur muqueuse;

4° La rhinite absolue tient à la dilatation des cavités aussi bien pharyngiennes que nasales. Elle se différencie nettement en ce que l'obstruction des choanes ne contribue à la stagnation des croûtes que par les mucosités qui s'y déposent : autrement ces ouvertures sont elles-mêmes dilatées.

5° Il faut examiner le rhino-pharynx dans tous les cas d'ozène; en traiter avec soin toutes les lésions; considérer l'hypertrophie de cette muqueuse comme très favorable, en ce qu'elle indique que l'affection n'est encore qu'à son premier stade, et pratiquer avec soin le grattage.

Digitized by Google

IV

THROMBOSE DES SINUS

Par le Dr **Hansberg** (de Dortmund)

Parmi les affections les plus graves de l'oreille, il faut compter incontestablement les suppurations, qui amènent souvent non seulement une diminution, mais encore quelquefois la perte totale de l'audition, et qui peuvent aussi assez fréquemment entraîner la mort. Depuis qu'on a commencé à prêter attention à l'otologie, et qu'on a cessé de regarder la suppuration de l'oreille comme inoffensive, et qu'on la considère comme une affection sérieuse qui peut être guérie par un traitement chirurgical, les communications de cas d'affections mortelles consécutives aux suppurations de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde se sont accumulées.

On sait depuis longtemps que la méningite peut être souvent attribuée à une suppuration de l'oreille, et dans ces derniers temps on a été étonné que deux autres maladies graves, l'abcès cérébral et la thrombose des sinus tirassent plus souvent qu'on ne le pensait jusqu'ici leur étiologie des suppurations de l'oreille.

Je donne plus loin le récit de deux observations de thrombose des sinus que j'ai observées l'an dernier et j'y joins une courte discussion. Le premier cas offre un intérêt particulier par les résultats de l'examen des coupes.

E. H..., fils d'un aubergiste de Dortmund, âgé de 16 ans. Depuis son enfance il souffre d'une suppuration auriculaire bilatérale dont on ne connaît pas l'origine, mais pour laquelle il a été traité déjà sans succès par des spécialistes. Toutefois, la maladie n'avait pas amené de douleurs. Le 1er mai 1891 apparurent de violentes douleurs dans l'oreille gauche; elles augmentèrent tellement que je fus appelé le 3 mai dans la matinée. L'examen

Digitized by Google

me fournit les résultats suivants: le malade est très grand pour son âge, d'apparence robuste, les muscles et les os sont bien développés. Il est atteint d'une forte fièvre; ses traits sont sans expression, ses yeux sont ternes, les pupilles des deux côtés réagissent symétriquement. Il peut à peine se tenir debout, et se plaint de vives douleurs auditives et frontales. Température 39,6. Pouls 110.

Le conduit auditif droit est rempli de polypes; à gauche il est plein de pus fétide, après son expulsion au moyen d'une injection, l'examen otoscopique révèle que la membrane du tympan est presque complètement détruite jusqu'à la partie antéro-supérieure qui porte le manche du marteau rétracté. La muqueuse tympanique présente des granulations, mais on ne peut s'assurer avec la sonde qu'il existe dans l'oreille moyenne des endroits cariés. Des deux côtés la voix basse n'est perçue que tout à fait contre l'oreille. L'apophyse mastoïde n'est pas tuméfiée, elle est insensible à la pression, mais le malade se plaint de douleurs quand on presse la région rétro-maxillaire, qui n'est toutefois nullement enflée.

J'ordonne des sangsues derrière l'oreille gauche, des insufflations de glace, laxatifs.

Le soir, les douleurs d'oreille ont un peu diminué, mais la céphalalgie persiste. Fièvre 39,3. Pouls 108.

4 *mai.* — L'état n'a pas changé.

5 *mai.* — Vomissements, plaintes au sujet du violent mal de tête, les pupilles des deux côtés sont symétriques. L'examen du fond de l'œil a été malheureusement différé.

9 *mai.* — Violents frissons. Fièvre 41,5.

10 *mai.* — Frissons, somnolence, délire. Aucune tuméfaction de l'apophyse mastoïde, aucune sensibilité à la pression, la sensibilité par la pression sur la région retro-maxillaire a aussi disparu, aucun gonflement du cou sur le parcours de la veine jugulaire interne. Après une consultation avec le médecin de la maison, le Dr *Blanke*, on accepte l'ouverture de l'apophyse mastoïde qui avait été proposée quelques jours auparavant.

11 *mai.* — Ouverture au ciseau. Incision du pavillon de l'oreille, partant de l'apophyse antérieure du pavillon et aboutissant à l'extrémité de l'apophyse mastoïde, décollement du périoste, et décollement sous-périostal profond du conduit auditif cutané, rabattement en avant du pavillon de l'oreille, arrêt de l'hémorragie qui est modérée. L'ossature ne semble pas changée vue

Digitized by Google

de l'extérieur, mais après quelques coups de ciseau il s'écoule abondamment de la cavité, du pus très fétide, qui semble venir principalement du haut, au-dessus de la ligne temporale, de sorte que la dure-mère paraît être le siège de la suppuration. Une large ouverture ne fut pas pratiquée du côté de la fosse cranienne, mais on trouva en arrière et en haut dans les os un endroit coloré d'environ 3 millimètres qui devait conduire au siège de la suppuration. Avant de continuer de ce côté, j'ouvris l'antre, j'enlevai la paroi postérieure du conduit auditif, j'introduisis une sonde de *Hartmann* dans la cavité du tympan à travers l'antre, et j'incisai, de façon que la sonde pût être laissée en place, la paroi externe de la cavité de la coupole (pars ossea de *Walb*) si largement, qu'il s'établit une communication suffisante entre l'antre et la cavité tympanique. J'enlevai aussi l'enclume qui était demeurée saine. Il n'existait pas de carie dans la cavité de la coupole, de sorte que je renonçai à extraire aussi le marteau pour élargir encore l'espace réservé en avant à l'attique. J'incisai alors la portion osseuse colorée citée plus haut en arrière et en haut dans l'apophyse mastoïde, et quelques coups de ciseau amenèrent, après de violentes pulsations, l'issue d'une masse de pus fétide, qui semblait venir du sinus infecté. Ce dernier fut largement ouvert sur une étendue de 1/2 centimètre environ, ouverture particulièrement vers le bas, pour procurer un bon écoulement à la sécrétion. Les pulsations cessent après l'écoulement du pus; la lacune osseuse du sulcus sigmoideus est remplie avec de la gaze iodoformée, de même que la cavité de l'apophyse mastoïde jusque dans l'antre et la caisse du tympan et le conduit auditif externe. Incision du conduit cutané jusqu'à la conque, deux incisions transversales de haut en bas dans cette dernière; réunion du segment du conduit auditif cutané supérieur à la partie molle externe en arrière et en haut, et de la partie inférieure à un lobe mou formant trois angles. Bandage.

12 *mai*. — Température: matin 36,8. Soir 38,1. Le malade se sent plus libre, la céphalalgie a entièrement cessé.

13 *mai*. — Matin 36,4. Soir 38,0.

Pendant 5 jours nulle fièvre. L'appétit revient. Euphorie. La plaie a bon aspect. L'odeur a complètement disparu. La sécrétion de l'oreille est minime.

17 *mai*. — Température du soir, 39,8. Violentes douleurs de l'abdomen qui est sensible à la pression du côté gauche, mais qui ne présente pas de gonflement. Priessnitz, lavement.

Digitized by Google

18 *mai.* — Température: matin, 36,9; soir, 36,4. Les douleurs abdominales persistent.

19 *mai.* — Une toux sèche apparaît, on l'attribue à une pleurésie sèche postéro-inférieure.

21 *mai.* — Frisson. Température: matin, 38,9; soir, 36,4. Pouls, 144.

22 *mai.* — Nouveau frisson sans fièvre.

23 *mai.* — Le malade se trouve mieux. La toux persiste.

25 *mai.* — Température: matin, 37,4; soir, 38,4. Exsudat pleurétique à gauche, qui, les jours suivants, atteint jusqu'à l'angle scapulaire. Le frottement pleurétique droit a disparu.

30 *mai.* — Douleurs dans l'épaule gauche avec examen négatif.

8 *juin.* — Température: matin, 37,9; soir, 38,3, Pouls, 124. Les douleurs d'épaule et la toux persistent, de même que l'éxsudat pleurétique. Les forces du malade ont beaucoup diminué; peu d'appétit; le visage est apathique; les granulations de la plaies sont pâles; l'ouverture du sinus s'est notablement réduite.

12 *juin.* — Température: matin, 36,8; soir, 36,6. Pouls, 96. Douleurs abdominales intenses. Vomissements.

13 *juin.* — Température: matin, 36,5; soir, 36,4. Pouls, 84. Les vomissements continuent, le ventre est plus enflé; il est très sensible à gauche. Champagne.

15 *juin.* — Le malade rend tout. L'abdomen gonfle davantage, l'exsudat est plus apparent, la température au-dessus de la normale. Pouls petit et fréquent.

La faiblesse du malade augmente, les vomissements persistent ininterrompus; il se plaint beaucoup de vives douleurs à l'abdomen et à l'épaule. La connaissance persiste jusqu'à la mort.

26 *juin.* — Mort.

Autopsie. — Le corps est très amaigri. Après l'enlèvement de la voûte cranienne, la dure-mère apparaît recouverte d'un liquide séro-spumeux insignifiant; elle est facile à retirer, non épaissie, peu sanguine. Le sinus longitudinal est transformé dans toute sa longueur en un cordon dur; on voit, il est vrai, qu'il existe une ouverture très étroite, à travers laquelle on peut introduire une sonde mince; la paroi du sinus est aussi très épaissie. Avec la sonde on pénètre, du sinus longitudinal à travers le sinus confluent, immédiatement dans le sinus transverse droit, dont l'ouverture a gardé son calibre normal et dont les parois ne sont pas épaissies; mais il est impossible de pénétrer avec la sonde

Digitized by Google

dans la moitié gauche du sinus confluent, qui est entièrement thrombosée. La thrombose s'étend à tout le sinus transverse gauche, jusqu'au foramen jugulaire, où elle cesse; le sinus pêtreux supérieur est également transformé en un cordon. A environ 1 centimètre 1/2 du sinus *herophili*, à gauche et en avant, contre le sinus transverse, se trouve dans la dure-mère une lacune ronde, du diamètre de 8 millimètres, par laquelle on pénètre avec la sonde dans le sinus transverse thrombosé, lequel a une petite ouverture, qui se prolonge un peu en avant. On trouve du pus dans cette ouverture de la dure-mère qui correspond à un défaut osseux de l'os occipital encore plus voisin à décrire, et dans le sinus.

Le cerveau est peu hyperémié, il contient dans tous les ventricules du liquide séreux; on n'observe pas d'autres modifications particulières soit dans le cerveau, soit dans le cervelet.

L'os temporal gauche est enlevé, ainsi que la moitié de l'os occipital. De l'extérieur (figure I) on voit, le conduit auditif réuni en une seule cavité avec l'apophyse mastoïde, qui conduit dans l'antre et la cavité tympanique, qui sont réunis par une fente de 3 millimètres de large. Le marteau est conservé sain. Le segment de la caisse du tympan est intact, mais je trouvai, à mon grand étonnement, la calotte de l'antre détruite jusqu'à la profondeur de 6 millimètres, l'ouverture de la calotte fut remplie avec un séquestre osseux. Les bords de cette ouverture étaient colorés en jaune et raréfiés en haut et en largeur, et détruits par la carie; de sorte qu'avec le séquestre qui y était, vu d'en haut, il formait une dépression (figure II); ici, au contraire, la dure-mère paraissait intacte.

En arrière, à l'entrée de la cavité de l'apophyse mastoïde, il y a une ouverture longue et ovale de 1 centimètre 1/2 de long et 1 centimètre de large qui conduit dans le sulcus sigmoideus. Ce dernier est aussi sanguin dans sa prolongation jusqu'à la crête occipitale, l'entourage est complètement écarté des os. A environ 1 centimètre 1/2 de la crête occipitale, à gauche, on trouve contre le sulcus transverse une dépression profonde, longue, ronde, ayant à peu près 1 centimètre 1/2 de diamètre dans l'os occipital, qui, sanguine dans le fond, représente un raréfacteur dans les os. Ce raréfacteur représente l'ouverture ci-dessus décrite de la dure-mère et était rempli de pus. Le long de la crête occipitale, à gauche, on voit deux trous vasculaires plus grands; le plus grand, long et ovale, a 5 millimètres de diamètre; le plus petit, 4 millimètres; il en existe trois plus petits, d'environ 1 millimètre.

Digitized by Google

Malheureusement, l'autopsie de la poitrine et des organes du bas-ventre ne fut pas permise.

Au point de vue de la discussion du cas ci-dessus, il faut citer en premier lieu, comme étant digne de remarque, l'absence de toute altération de la partie molle de l'apophyse mastoïde et du cou. Les vives douleurs auriculaires, l'état général, et surtout la suppuration de l'oreille, pouvaient indiquer sûrement que la maladie provenait de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde, mais on pouvait douter des suites de l'affection; à mon avis, il ne pouvait y avoir que trois probabilités: le siège de la maladie dans le cerveau, dans les méninges ou dans le sinus transverse; mais il me semblait, en considérant l'ensemble des manifestations générales graves, que c'était à tort qu'on les attribuait *uniquement* à un empyème de l'apophyse mastoïde.

Il manquait également la tuméfaction et la sensibilité de l'apophyse mastoïde, de même que l'abaissement de la paroi du conduit auditif postéro-supérieur, bien que l'on sache que ces signes puissent faire défaut fréquemment dans les suppurations des cellules mastoïdiennes.

Mais ce qui, dans mon cas, doit attirer l'attention, c'est l'absence de tuméfaction latérale du cou, sur le parcours de la veine jugulaire interne, qui d'ordinaire est le seul symptôme absolument certain de la thrombose des sinus; toutefois, il existait peut-être un autre symptôme qui plaidait en faveur d'une phlébite des sinus ou d'une mastoïdite, la sensibilité de la région rétro-maxillaire, qui, après s'être montrée pendant quelques jours, disparut de nouveau et ne fut liée à aucune inflammation, contrairement à ce qui a été observé dans le cas de Moos, qui guérit par l'ouverture de l'apophyse mastoïde sans dégager le sinus.

Au début de l'affection, je pensai naturellement à une méningite, en faveur de laquelle plaidaient les violents maux de tête, les vomissements et la constipation; il est vrai qu'il ne s'était pas manifesté des symptômes certains de méningite, mais on sait que les symptômes méningitiques peuvent être très divers. D'après cette opinion qui était aussi partagée par le *Dr Blanke*, j'étais hésitant lorsqu'apparut le

Digitized by Google

premier frisson qui le lendemain fut suivi de deux autres. Le diagnostic ne pouvait plus être hésitant qu'entre la trombose des sinus, ou un abcès cérébral ou sous-dural, au moins la fièvre pyémique faisait-elle avec sûreté songer à une de ces trois éventualités.

A part les frissons, l'état général ne me révéla aucun symptôme négatif pouvant m'indiquer sûrement une de ces trois affections, aussi je laissai le diagnostic en suspens, mais après l'apparition d'autres frissons, je ne crus pas devoir différer davantage l'ouverture de l'apophyse mastoïde et le dégagement éventuel consécutif du sinus, de même que la trépanation cranienne, car l'opération pouvait amener la *possibilité* d'une guérison, tandis qu'une attente prolongée aurait eu la mort pour issue certaine.

Malheureusement l'opération fut pratiquée trop tard dans mon cas, mais l'ouverture et la sortie du pus fétide apportèrent une telle amélioration, comme chez le malade opéré par *Zaufal*, que dans des cas semblables je me déciderais à opérer de bonne heure, sitôt qu'on penserait à une thrombose des sinus. L'ouverture et le dégagement (1) du sinus est une intervention inoffensive, et certainement elle offre moins de danger pour le malade et présage plutôt le succès qu'une longue attente. On ne peut donc qu'adhérer à l'opinion de *Schwartze* (2), *Zaufal* et *Moos* qui se prononcent pour l'intervention opératoire hâtive dans la thrombose des sinus. Il a été rapporté divers cas de guérison chez le malade de *Salzer*, c'était particulièrement frappant en raison du diagnostic douteux, et où il ne pouvait être question d'un hasard, mais dans le cas d'*Orlow* je doute qu'il se soit agi d'une thrombose des sinus, et je crois que c'était un abcès sous dure-mérien.

(1) Dans trois cas, après l'ouverture, j'ai dégagé le sinus, et je l'ai même blessé dans un cas, sans qu'il en soit résulté de suites fâcheuses pour le malade. Dans les 4 cas l'ouverture a été poussée jusqu'à la fin. J'ai pu également continuer l'opération dans le cas ou j'avais blessé le sinus, parce que l'hémorragie fut peu abondante et qu'elle put être arrêtée par le tamponnement. Je reviendrai sur le dernier cas quand je publierai mes observations d'ouverture de la paroi osseuse externe.

(2) Schwartze insiste, à propos de la thrombose des sinus, sur la sensibilité du toucher du trajet de la veine jugulaire interne, qui dans son parcours plus avancé, peut être de nouveau diminuée. (*Lehrbuch der chirurg. Krankheiten des Ohres*, S. 405).

Digitized by Google

Il est possible qu'une opération pratiquée plus tôt aurait sauvé mon malade, et il est certain que dans un cas semblable lorsque je serais comme ici en présence d'une affection provenant sûrement de l'oreille, même au risque d'opérer un malade qui serait déjà atteint de méningite, je n'hésiterais pas à tenter de le guérir par une opération, naturellement sous la réserve des parents.

Mais en général la prudence nous conseille d'être réservés au point de vue opératoire devant une méningite commençante, car le public est toujours prêt à rejeter l'insuccès sur l'opération, aussi j'attends que les frissons apparaissent pour formuler un autre diagnostic.

Dans tous les cas non seulement de thrombose des sinus, mais aussi d'abcès cérébraux je regarde comme absolument indiqué quand il y a des signes suffisants de soupçonner la présence de pus comme dans le mien, de pratiquer d'abord l'ouverture de l'apophyse mastoïde et ensuite la trépanation du crâne ou le dégagement du sinus. Sous ce rapport le cas décrit récemment par *Friedenvald* est instructif, car bien que l'examen négatif de l'apophyse mastoïde ait fait penser à l'existence d'un abcès cérébral que la trépanation cranienne démentit, l'ouverture de l'apophyse pratiquée plus tard révéla un empyème de l'apophyse mastoïde et une thrombose des sinus.

L'autopsie est particulièrement intéressante dans ce cas. D'abord l'extension de la thrombose des sinus saute aux yeux, mais elle n'était pas limitée au sinus transverse, et avait atteint le sinus confluent, le sinus longitudinal et pétreux supérieur, toutefois elle épargnait la veine jugulaire interne et son bulbe. A la suite de l'extension de l'engorgement du sinus, il se produisit naturellement un violent empêchement de l'écoulement de sang veineux de la moitié gauche du cerveau, et il en résulta les énormes trous vasculaires qui n'ont été cités jusqu'ici que par Zaufal.

L'absence du *tegmen antri* me surprit, elle n'avait pas été constatée au cours de l'opération, mais on peut être *certain* que le toit de l'antre n'avait pas été blessé par le ciseau, cette ouverture renfermant un séquestre était bien plutôt le produit

Digitized by Google

d'un processus de carie existant depuis longtemps et en faveur duquel plaidaient les bords colorés en jaune sale de l'ouverture. Par un hasard merveilleux la dure-mère paraissait intacte et nullement épaissie.

La mort de mon malade survint à la suite des modifications métastatiques des cavités pulmonaire et abdominale, et il faut remarquer que ces dernières ont été incessamment alimentées par la suppuration existant dans le sinus transverse au voisinage du sinus confluent. Cet abcès devrait être décapsulé, sans cela la dépression importante de la cavité cranienne postérieure qui représente une raréfaction des os par le pus n'aurait pas existé, il se serait produit une méningite diffuse.

On pourrait trouver surprenant que dans ce cas j'aie cru indiqué de morceler la paroi osseuse de la membrane du tympan et que je ne me sois pas contenté d'ouvrir simplement l'antre. Mais depuis l'année passée je me suis fait une règle, dans tous les cas de suppuration *chronique* de la cavité coupolaire et de l'antre, et en particulier dans les cas de cholestéatome qui ne peuvent être guéris par les moyens naturels, de morceler la paroi extérieure de l'espace coupolaire afin de réunir celle-ci et l'antre en une seule cavité dégagée extérieurement et permettant le traitement direct. Comme je l'ai déjà dit, ce procédé est plus chirurgical, le traitement consécutif est très simplifié, la durée de l'affection est abrégée et le succès est presque absolument certain.

Je n'ai pas l'intention d'insister davantage sur cette méthode, car on sait qu'elle a pour partisans parmi les chirurgiens *von Bergmann* et *Küster*, et parmi les auristes *Zaufal* (1), *Hartmann*, *Hessler*, *Jansen* (2), *Kretschmann* (3) et en dernier lieu *Schwartze* (4), mais *Stacke* en particulier a retiré les plus grands avantages de la pratique de cette opération, et a rassemblé un grand nombre de cas ayant eu un heureux résultat. J'ai fait cette année 14 fois l'ouverture

(1) *Versammlung süddeutscher Ohrenaerzte in Nürnberg*. 1890, und X, *intern. Congress in. Berlin*, 1890.
(2) *Intern. Congress in Berlin*, 1890.
(3) *Naturforscher Versammlung in Halle*, 1891.
(4) *Ibidem*.

Digitized by Google

de l'apophyse mastoïde, dont une seule fois pour une suppuration aiguë, et j'ai opéré 5 fois en tout par la méthode de *Stacke* (1).

A part le cas décrit ci-dessus et où le décès est indépendant de l'opération, aucun de ces opérés n'a succombé. Je ne regarde pas comme très difficile le morcellement de la paroi osseuse, après essai préalable sur le cadavre, et dégagement du champ opératoire surtout, lorsqu'après l'ouverture de l'antre, on introduit, suivant la recommandation de *Stacke*, une sonde dans la cavité tympanique et qu'on pratique l'ouverture au-dessus. L'emploi de la sonde élastique mince de *Hartmann* est indiqué à cet effet; elle m'a été très utile dans 5 cas où j'ai pu facilement pénétrer profondément dans la cavité tympanique aussitôt après l'ouverture de l'antre et apercevoir l'extrémité de la sonde. Je n'ai jamais observé de paralysie faciale ni d'autres symptômes accessoires, bien que dans 3 cas de cholestéatome, l'espace coupolaire eût été beaucoup plus dégagé que dans l'observation ci-dessus. Pour le traitement consécutif je laissai l'ouverture béante derrière l'oreille au plus pendant quelques semaines et je continuai les soins par le conduit auditif externe; le pansement fut rarement changé.

J'ai observé l'année dernière un second cas, qui d'après toutes les apparences était une thrombose des sinus à son début, mais qui guérit par l'ouverture, pratiquée rapidement.

Ph. S..., ouvrier de Dortmund, âgé de 35 ans, souffre depuis 6 ans d'une otorrhée droite, qui jusqu'ici ne lui a causé aucune douleur. A la fin de mars 1891, se manifeste de la gêne dans l'oreille gauche et une tuméfaction de l'apophyse mastoïde; le malade est envoyé à l'hôpital et on me l'adresse le 7 avril.

Le patient est de taille moyenne, très pâle et cachectique; très amaigri. Pas de fièvre. Il dit avoir ressenti la veille un frisson qui n'a pas reparu ajourd'hui. Suppuration fétide à travers le conduit auditif gauche. Membrane tympanique troublée, couverte à sa partie antéro-supérieure par deux polypes qui sont enlevés avec la curette et laissent alors à découvert une fistule dans la membrane de Shrapnell, à travers laquelle la sonde

(1) Depuis lors le nombre des opérations est arrivé à 10.

Digitized by Google

pénètre dans l'espace coupolaire et heurte des os dénudés. En arrière et en haut contre la membrane tympanique se trouve une étroite fistule dans la paroi osseuse du conduit auditif postérieur. La veille, le Dr *Brölemann* avait fait une incision à cause de la collection purulente située sous la peau de l'apophyse mastoïde et il était sorti une masse de pus fétide. On voit une fistule qui pénètre loin dans l'apophyse mastoïde dans la profondeur des os.

Opération. Incision autour du pavillon, décollement sous-périostal jusqu'au fond du conduit auditif, rabattement du pavillon, qui est ramené en avant par un crochet. On trouve une fistule à l'endroit typique, elle est enlevée. L'apophyse mastoïde est remplie de masses cholestéatomateuses, la paroi du sinus est dégagée de la taille d'une pièce de 5 pfenning, elle est occupée par des granulations. On ne vit pas de pulsations. Ouverture de l'antre, qui est complètement épidermisé; introduction de la sonde à travers la fistule étroite de la paroi auditive postérieure ; elle est laissée en place jusqu'à ce que la paroi postérieure soit morcellée jusqu'à la fistule. Incision de la peau du conduit auditif et deux incisions en travers à l'extrémité de la section dans la conque en haut et en bas. Formation d'un lobe à trois coins (d'après *Kretschmann*) du bord postérieur de l'incision à l'apophyse mastoïde, qui est rabattu dans le conduit auditif sur l'ouverture de la paroi postérieure pour faire pénétrer de l'épiderme sain dans le conduit auditif. Suture du segment du conduit auditif cutané inférieur au bord antérieur du lobe, du pavillon et du segment du conduit auditif supérieur, à la surface postérieure de l'incision de l'apophyse mastoïde, de façon à ce qu'il subsiste en arrière une ouverture de 2 centimètres. Tamponnement à la gaze iodoformée. Pas de fièvre, le malade se remet à vue d'œil. Au bout de quelques semaines traitement par le conduit auditif, l'ouverture de l'apophyse mastoïde se cicatrice complètement. Le traitement fut un peu difficile dans ce cas ; dans un cas semblable je préférerais au morcellement l'extraction du marteau et, après avoir retiré la paroi postérieure et morcelé la paroi osseuse, j'enlèverais l'enclume. La guérison complète est arrivée au bout de 6 mois; elle persiste encore aujourd'hui. Grande amélioration du pouvoir auditif. Voix chuchotée à 2 mètres.

Dans ce second cas, malgré la courte durée de l'observation du malade et l'unique apparition du frisson, j'ai diagnos-

Digitized by Google

tiqué aussi une thrombose des sinus, bien qu'aucun symptôme certain ne se fût manifesté et en particulier le symptôme capital, la thrombose de la veine jugulaire interne vue de l'extérieur, mais si on remarque que le sinus était dégagé par le processus de la carie à l'apophyse mastoïde et qu'il était garni de granulations, on adoptera l'idée que la décomposition a gagné le tissu et a provoqué le frisson. Nous diagnostiquons la « thrombose des sinus » surtout à cause du caractère de la fièvre qui est intermittente et alterne avec les frissons, et parce qu'il se manifeste des modifications métastatiques des autres organes, surtout des poumons, des articulations, etc.; nous serons plus sûr de notre diagnostic si nous observons consécutivement une thrombose de la veine jugulaire interne. Mais ce n'est que dans de rares cas que se manifestent nettement tous les symptômes, nous trouvons comme signe le plus constant dans les observations publiées jusqu'ici une fièvre pyémique accompagnée de modifications métastatiques d'autres organes.

Si trompeurs que puissent être les symptômes de la thrombose des sinus, ma première observation nous montre qu'en dépit de l'empyème de l'apophyse mastoïde et de la suppuration fétide de la paroi du sinus, le premier frisson n'apparut que le neuvième jour et que c'est seulement après huit autres jours qu'on constata une métastase. Ceci nous prouve l'incertitude des manifestations de la thrombose des sinus, et la difficulté d'établir un diagnostic certain dans nombre de cas, surtout au début. Je poserai le principe suivant. Si, au cours d'une suppuration de l'oreille, même sans modifications notables à l'apophyse mastoïde, il se montre une fièvre pyémique, on doit songer en premier lieu à une thrombose des sinus et on doit pratiquer l'ouverture de l'apophyse mastoïde : seule une opération hâtive peut empêcher le pus de pénétrer plus avant dans le parcours du sang et peut sauver la vie du malade.

BIBLIOGRAPHIE

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE.

Von Bergmann : Die chirurgische Behandlung von Gehirnkrankheiten. 2 Aufl. Berlin 1889.

Friedenwald : Ein Fall von Cholesteatom und ausgedehnter Caries des Warzenfortsatzes ohne örtliche Enzündungserscheinungen. Tod durch Sinus-thrombose und Meningitis. (*Zeitschr. f. Ohrenheilk*, XXII, B., 1891.)

Hartmann : Die anatomischen Verhältnisse, welche bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes in Betracht kommen. (*Naturforscherversammlung zu Heidelberg*, 1889.)

Hartmann : Vorstellung einer freien Communication zwichen Gehörgang einerseits und Kuppelraum und Antrum andererseits. (*Versammlung norddeutscher Ohrenärzte in Berlin,* 1890.)

Hessler : Kann die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang aus als gleichwerthig mit der sonst ublichen Methode betrachtet werden. (*Arch. f. Ohrenheilk.*. XXXI, B., 1890.)

Küster : Ueber die Grundsätze der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n°s 10-13, 1889.)

Moos : Ueber die Bezold'sche Form der Warzenfortsatszerkrankung, sowie uber Lateralsinusthrombose. (*Zeitschr. f. Ohrenheilh.*, XX., B., 1889.)

Orlow : Ueber Trepanation des Schläfenbeins bei Trombose des Sinus transversus. (*Deutsche med. Wochenschr*, n° 10, 1889.)

Salzer : Zur operativen Behandlung der Sinusthrombose. (*Wiener klin. Wochenschr.*, n° 31, 1890.)

Schwartze : *Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Ohres.*, 1885.)

Stacke : Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Ambos. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XXXI, B., 1891.)

Stacke : Weitere Mittheilungen uber die operative Freilegung der Mittelohrräume nach Ablösung d. Ohrmuschel. (*Naturfoscherversammlung in Halle*, 1891.)

Walb : Ueber die Pars ossea der externen Paukenhöhlenwand. (*Versammlung norddeutscher Ohrenärzte in Berlin*, 1889.)

Zaufal : Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose in Folge Otitis media (*Prager med. Wochenschr.*. n° 3, 1891.)

Digitized by Google

FIGURE I.

a) Conduit auditif externe.
b) Entrée de l'apophyse mastoïde.
c) Ouverture dans le sulcus sigmoïdeus.

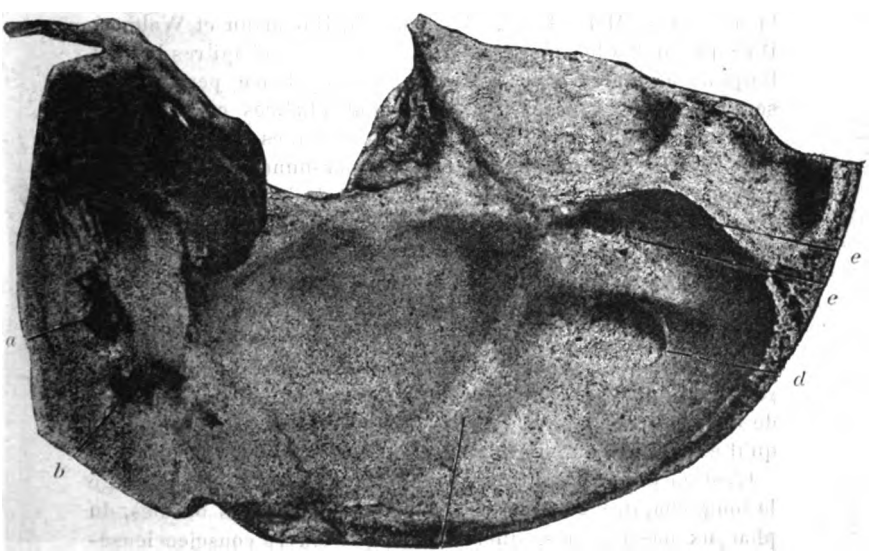


FIGURE II.

a) Ouverture artificielle dans le tegmen tympani.
b) Ouverture dans le tegmen tympani.
c) Sulcus transversus.
d) Raréfaction dans l'os occipital.
e) Émissaires.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie de S. Duplay et P. Reclus (T. IV et V, chez G. Masson, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris. — 18 francs le volume.

La maison G. Masson a entrepris, sous la direction de plusieurs professeurs de la Faculté de médecine, la publication d'une Encyclopédie médicale et chirurgicale. C'est cette dernière que nous présentons à nos lecteurs. Le *Traité de chirurgie* de Duplay et de Reclus est une œuvre difficile à analyser en raison du nombre immense de sujets qui y sont traités, mais ces sujets sont traités avec ordre et méthode; ainsi le tome V est presque entièrement consacré à l'étude des maladies spéciales de ce recueil, et les auteurs des quelques grands chapitres qui constituent ce volume sont des chirurgiens dont les noms sont bien connus, MM. Broca, Heydenreich, Hartmann et Walther. Dire que toutes les questions traitées dans ces chapitres le sont toujours et toutes avec une grande compétence personnelle, serait un peu exagéré, mais elles sont étudiées certainement avec une grande érudition ; toutefois, certaines de ces parties sont écrites d'après une expérience personnelle. Ainsi nous signalerons les vices de développement de la face et du cou et les affections du corps thyroïde par Broca, les affections des mâchoires par Heydenreich, celles de l'œsophage par H. Hartmann, et enfin le chapitre des maladies du cou par C. Walther.

Le tome IV renferme une grande monographie du professeur S. Duplay sur les maladies des oreilles ; c'est un véritable traité écrit par le savant professeur de la Faculté, dont les travaux en otologie font autorité dans le monde médical. Un traité de ce genre échappe à l'analyse, et ce qu'on peut dire, c'est qu'il est la mise au point de la science la plus récente.

C'est encore un chirurgien des hôpitaux de Paris qui a rédigé le long chapitre des maladies du nez, des fosses nasales, du pharynx nasal et des sinus. C'est une œuvre consciencieusement exécutée, bien que dans un certain nombre de ses descriptions, l'expérience personnelle de l'auteur, M. G. Marchant, ait fait quelque peu défaut. En un mot, les tomes IV et V du *Traité de*

Digitized by Google

chirurgie de Duplay et Reclus seront consultés avec fruit par les médecins qui s'occupent spécialement des maladies de la gorge, de l'oreille et du nez. A. G.

Maladies de la bouche et du pharynx, par A. Ruault. (*Traité de médecine*, t. III. Charcot, Bouchard, Brissaud.) Masson, éditeur, Paris, 1892.

Il était difficile dans le *Traité de médecine* de faire lire à ceux qui ne s'occupent que de médecine générale, tout un livre de spécialité. M. Ruault, malgré quelques longueurs, s'est tiré de ce pas difficile avec autant d'habileté que d'adresse. On le lit avec intérêt et profit car il initie son lecteur à toute cette pathologie de l'isthme et du naso-pharynx, si entièrement changeé qu'on peut la dire nouvellement née.

Les maladies buccales forment l'entrée en matière. Il semble que M. Ruault ait été gêné pour écrire, le peu qu'il lui restait à dire sur les stomatites, après tout ce que d'autres en avaient dit, en parlant des fièvres éruptives. Obligé de restreindre l'étendue d'un chapitre qui forme une si belle portion de la pathologie infantile et de la médecine générale, il en résulte un manque d'ensemble et une brièveté plutôt nuisibles qu'utiles.

Des troubles nerveux et circulatoires de la langue et de la bouche nous retiendrons peu de chose. En huit pages l'auteur n'a pu nous donner grands détails et cette tentative de seméiologie buccale ne dit pas ce qu'elle aurait pu dire.

Le chapitre des stomatites nous montre l'infection microbienne dominant toute la pathologie buccale, infection qui, survenant sur des terrains variés, vient donner aux formes de stomatites leurs caratères spécifiques.

A propos de la stomatite catarrhale retenons comme cause l'urémie, le diabète, la gingivite arthro-dentaire, souvent contagieuse; l'action de certains médicaments sur la muqueuse (mercure), qui en créant un lien de moindre résistance donnent un terrain favorable au développement des micro-organismes.

Peu de choses nouvelles sur la stomatite ulcéro-membraneuse et le noma.

La coïncidence de la stomatite aphtheuse et de la fièvre aphtheuse des bovidés est à signaler. Le muguet, la desquamation épithéliale de la langue, la leucoplasie buccale reproduisent les derniers travaux.

Avec les maladies du pharynx nous entrons dans la partie vraiment originale de ce travail. Sans nous arrêter aux troubles

Digitized by Google

sensitifs et moteurs, arrivons de suite au chapitre des angines aiguës non spécifiques qu'il faut lire avec soin.

Tout ce chapitre et celui qui traite des angines chroniques n'ont guère encore été écrits ailleurs et avec autant de soin que là. On sent que M. Ruault est, tout entier, en plein milieu de son œuvre de prédilection.

Les angines aiguës non spécifiques sont des inflammations locales dues à des microbes dénués de spécificité. Cette notion et les caractères anatomo-cliniques vont servir à classer ces angines.

C'est ainsi qu'elles seront superficielles (catarrhales, pseudo-membraneuses), ou profondes (parenchymateuses, phlegmoneuses, suppuratives); primitives ou secondaires.

Etant donné qu'il existe des microbes à l'état normal dans le pharynx, pourquoi deviennent-ils pathogènes ? C'est ce que cherche à expliquer M. Ruault en mettant à profit les théories modernes: le phagocytisme actif, les qualités et quantité de virulence, les associations microbiennes, le terrain et les actions nerveuses inhibitoires agissant sur les amygdales pour modérer le phagocytisme défenseur.

Continuant à se placer sur le terrain si suggestif des maladies infectieuses, M. Ruault nous fait craindre, en les étudiant, toutes les complications infectieuses locales ou générales consécutives aux angines. Et il y en a pour tout le monde! Et cela est vrai depuis le rhumatisme jusqu'à l'ovarité en passant par les éruptions cutanées.

Mais il existe aussi des angines consécutives à des maladies générales; angines que Lasègue a si bien décrites, et pour l'étude desquelles il faut se reporter au tome II du *Traité de médecine*.

L'amygdale est donc soumise à des causes de maladie venant du dehors ou du dedans, c'est-à-dire du sang. Que fait-elle pour se défendre? elle s'hypertrophie, lutte et phagocytise ses ennemis jusqu'au jour où, d'après M. Ruault, devenue fibreuse, le combat cesse faute, non pas de combattants, mais d'assiégés.

Pour aider l'amygdale dans la lutte il faut de l'antisepsie: locale, générale, par la bouche, par l'intestin.

L'amygdalite catarrhale est de toutes les angines non spécifiques celle qui laisse à sa suite la porte ouverte à toutes les infections. On y rencontre tous les microbes pathogènes, voire même des saprophytes.

L'inflammation catarrhale de l'amygdale linguale, de l'amygdale

Digitized by Google

pharyngée et du tissu lymphoïde du pharynx buccal peut se subdiviser en : 1° Amygdalite linguale; angine catarrhale pré-épiglottique; 2° Amygdalite pharyngée. Catarrhe naso-pharyngien aigu, c'est de toutes les angines celle qui s'accompagne le plus souvent de reflexes laryngés, de troubles auditifs et qui peut, par ses récidives, aboutir à la formation de tumeurs adénoïdes. 3° Pharyngite catarrhale. Angine pharyngée que l'on pourrait dénommer : angine des fumeurs et des buveurs.

L'angine catarrhale généralisée a renié son parrain. C'est l'angine rhumatismale débaptisée qui occupe surtout le voile, les piliers antérieurs et qui a le masque des angines érysipèlateuses ortiées et des fièvres éruptives.

Avec les angines phlegmoneuses, nous cotoyons les chirurgiens. C'est l'amygdalite et péri-amygdalite phlegmoneuse avec ses variétés. Amygdalite phlegmoneuse pouvant laisser à sa suite l'hypertrophie des amygdales, et le phlegmon péri-amygdalien, compagnon des maladies infectieuses, tuant quelquefois par œdème sus-glottique et qu'il ne faut pas confondre avec l'adéno-phlegmon latéro-pharyngien et les gommes syphilitiques de l'amygdale.

La péri-amygdalite linguale phlegmoneuse. (Abcès sous-muqueux superficiel de la base de la langue) est la fille bien-aimée de M. Ruault. Il l'a décrite maintes fois ; dysphagie, douleur d'oreilles, en sont les principaux symptômes et il ne faut pas la confondre avec la glossite basique intra-musculaire qui s'accompagne d'œdème lingual, ou le phlegmon prélaryngien ou encore l'angine de Ludwig.

Le phlegmon diffus péri-pharyngien est des plus traîtres ; décrit par Senator, quelques rares cas en ont été depuis longuement rapportés ; son diagnostic est des plus difficiles, il faut devant des signes de dysphagie, de dyspnée interne, avec état infectieux et tuméfaction cervicale y penser si le début des accidents a été une angine.

Avec les affections pseudo-membraneuses, nous trouvons : l'angine herpétique et ses formes, aiguë prolongée, récidivante ; la gangrène du pharynx qui, circonscrite ou diffuse, est presque toujours le résultat d'une infection secondaire.

Les angines chroniques non spécifiques sont du plus haut intérêt pour qui sait la pathologie générale : ce sont les angines des états chroniques, des diathèses, des intoxications (dyspepsie troubles génitaux, arthritisme, mal de Bright, diabète, etc., etc.).

Digitized by Google

Elles sont consécutives aux obstructions nasales, aux poussées angineuses subaiguës. Leur traitement vise à la cause productrice, à l'état général.

Dans les inflammations chroniques des amygdales palatines sont comprises :

L'amygdalite lacunaire caséeuse, à différencier de la mycose leptothryxique des amygdales, de la tuberculose caséeuse et des abcès chroniques de l'amygdale, et guérie par la discission.

L'hypertrophie des amygdales qui sont : pédiculées, pendantes, enchatonnées, plongeantes, dont les troubles fonctionnels sont aussi variés que nombreux : toux, troubles respiratoires, œdème, troubles de phonation, de digestion, de l'ouïe et enfin de croissance. Hypertrophie amygdalienne qu'il faut rapprocher des tumeurs adénoïdes qu'elle accompagne le plus souvent.

Les tumeurs adénoïdes ou hypertrophie de l'amygdale pharyngée qui peuvent être en masse, en nappe ou végétante, sont trop connues pour y insister. Disons seulement qu'elles sont précoces ou tardives. Chacune des formes peuvent être primitive ou secondaire, elles se voient aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte et le vieillard. Dans ces derniers cas elle est moins prononcée et M. Ruault l'a appelée catarrhe chronique de l'amygdale pharyngée que l'on pourrait définir d'après sa description : atrophie des tumeurs adénoïdes chez l'adulte.

L'hypertrophie de l'amygdale linguale n'est pas passée sous silence. A-t-elle une véritable utilité. M. Ruault le dit. Elle est pour lui une obsession guturrale. Lisez-là !

Il fallait donner un autre nom aux granulations du pharynx, que tout le monde connaît ; M. Ruault les a classées dans l'inflammation chronique du tissu adénoïde du pharynx buccal et les a appelés *pharyngite folliculeuse hypertrophique*, nom que beaucoup ignorent. Chez l'enfant elle devient la pharyngite folliculeuse hypertrophique diffuse de l'enfance ; elle affecte la forme paroxytique ou continue et la pharyngite latérale des adultes n'en est qu'un des modes.

Avec les angines chroniques diffuses qui peuvent être catarrhales ou interstitielles, nous en avons fini avec cette longue énumération.

Quelques-unes de ces formes ne rentreraient-elles pas avec avantage l'une dans l'autre. Il ne nous appartient pas de le dire : au lecteur de juger et d'apprécier.

M. Ruault termine avec la diphtérie. C'est évidemment le

Digitized by Google

clou. Nous ne saurions trop remercier l'auteur d'avoir synthétisé cette question; elle est bien encore un peu confuse, quant aux formes (c'était inévitable puisqu'elle est basée sur les microbes et leur association), mais elle réunit tout ce qui a été dit de plus récent sur la question. Etiologie, pathogénie, complications, formes et surtout traitement. Tout cela est à lire.

Pour moi, les 37 pages dans lesquelles sont étudiés la diphthérie et le croup sont le plus beau morceau de l'œuvre, et je remercie M. Ruault de nous avoir intéressés et instruits.

PAUL GASTOU.

L'oto-laryngologie et son importance pour le médecin praticien, par le Dr Louis Secretan (de Lausanne).

La création d'une chaire d'otologie et de laryngologie dans une faculté de médecine est encore chez nous et nos voisins une chose assez rare pour mériter d'être mentionnée. Tandis qu'en Autriche et en Allemagne l'enseignement de ces spécialités est largement doté, ce n'est que peu à peu et timidement que nos facultés entr'ouvrent parfois la porte à un professeur de bonne volonté, qui a dû aller chercher à l'étranger les bases de son enseignement. L'oreille et le larynx, comme les dents, font toujours antichambre. *Non dignus est intrare*. Et pourtant quel est le médecin qui ne s'est pas trouvé un jour ou l'autre en face d'une de ces affections qui viennent si souvent compliquer une maladie générale et pour lesquelles il n'était ni outillé ni compétent, grâce à l'exclusion de cette partie de la science de l'enseignement officiel et obligatoire? S'il habite une grande ville, il a la ressource d'adresser le malade à un collègue spécialiste, mais à la campagne et pour les patients trop peu fortunés pour se permettre un déplacement?

C'est ce que dit fort bien le Dr Louis Secretan dans la leçon inaugurale qu'il a faite comme *privat docent* à l'Université de Lausanne, le 27 mai 1891, et que nous venons de recevoir. Nous soulignons «privat docent», car il n'est pas professeur, il est *autorisé* à faire un cours. Et cela en dit long sur la situation subalterne d'une science qui a dû se former en dehors de la science officielle, mais qui n'en est pas moins arrivée à un degré de développement que pourraient lui envier d'autres spécialités mieux accueillies.

Cette leçon inaugurale, que l'auteur vient de publier sous la forme d'une petite brochure, sera lue avec profit par tous les praticiens. Ils y verront l'intérêt qu'il y a pour eux et pour leurs

Digitized by Google

malades à ne pas ignorer les méthodes si simples d'exploration et de diagnostic des maladies les plus ordinaires de l'oreille et du larynx, à savoir manier l'otoscope et le laryngoscope, pratiquer le cathétérisme de la trompe et la douche d'air par le procédé de Politzer.

Nous souhaitons au Dr Secretan un grand nombre de lecteurs et nous espérons que son initiative aura chez nous des imitateurs.

A. JOLY.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 juin 1892.

Compte rendu par P. GASTOU.

Une observation de granulations adénoïdes chez un enfant de six semaines, par le Dr ASTIER.

Il n'est pas fréquent de pouvoir observer des enfants de 6 semaines atteints de végétations adénoïdes. En février dernier, je vis un enfant de cet âge, chétif, qui me fut amené comme atteint de croup, pour être opéré. Il avait une respiration bruyante, du cornage, une sorte de gargouillement dû à des mucosités siégeant dans l'arrière-gorge, mais pas de tirage. Absence de fièvre, de fausses membranes, de ganglions cervicaux. Narines obstruées par des mucosités épaisses gênant l'allaitement depuis la naissance.

Pour examiner le naso-pharynx, j'introduisis un stylet, mon doigt étant trop gros. Une première pince ne pouvant pénétrer, après des essais successifs j'en introduisis une plus petite et retirai des fragments de tumeurs adénoïdes. Cette extraction fut suivie d'injections boriquées et l'enfant prit le sein.

Sept jours après on le ramena avec une fièvre vive, une dyspnée extrême; je lui regardai le pharynx et pus constater, non

Digitized by Google

sans peine, que la muqueuse était rouge, tuméfiée, et qu'il existait au-devant une masse de mucosités.

En introduisant une pince pour extraire ces mucosités, je fis jaillir du pus; j'incisai alors sur la ligne médiane, au bistouri, et le pus s'échappa assez abondant. Le soulagement fut immédiat, la respiration revint. J'ai revu l'enfant quinze jours après complètement guéri.

L'histoire de cet enfant me semble intéressante à cause, d'abord, de son jeune âge, qui entraîne la difficulté d'exploration et d'introduction des pinces, et ensuite de la complication d'abcès rétro-pharyngien rarement signalée.

Discussion.

M. Gellé demande quelle était la dimension des pinces employées.

M. Astier. — Je ne me souviens plus exactement, ayant pris au hasard.

M. Gellé. — Ne peut-on pas supposer qu'il y avait eu erreur de diagnostic et abcès rétro-pharyngien dès le début. Le petit malade avait-il de l'otorrhée ?

M. Astier. — Je ne crois pas, car après l'ablation la respiration devint facile, le cri net, et il n'y avait pas auparavant de signes d'infection ni d'otorrhée.

M. Ruault. — La présence des végétations adénoïdes chez les tout jeunes enfants ne manque pas d'un grand intérêt. Elles amènent par la présence de l'obstruction nasale des réflexes laryngés multiples. J'ai montré la coexistence des tumeurs adénoïdes avec le spasme de la glotte (asthme thymique, asthme de Kopp) et la pseudo-laryngite striduleuse (asthme de Millar).

J'ai vu encore dernièrement un enfant de 8 mois à la mamelle. Il avait le nez obstrué par des végétations adénoïdes et fréquemment des accès spasmodiques d'étouffements. Je l'ai opéré. Le vomer étant très oblique, on peut même à cet âge faire mouvoir la curette d'avant en arrière. Après l'opération, pas de réaction inflammatoire ou fébrile, le petit malade n'a plus d'accès spasmodiques.

M. Lœwenberg.—Pour diagnostiquer les végétations adénoïdes on peut, chez les jeunes enfants, se servir du petit doigt.

M. Ruault. — L'index passe le plus souvent.

Digitized by Google

M. Astier. — Ce n'est pas mon opinion, car j'ai vu l'introduction du doigt amener l'étouffement.

M. Menière. — Il ne m'a pas été donné jusqu'à présent de voir des petits malades aussi jeunes que celui de M. Astier. Mais chez des enfants de 10 à 18 mois que j'ai opérés j'ai employé de préférence à la pince la boucle métallique double, plus étroite et passant plus facilement. Je me demande si l'abcès dont a parlé M. Astier a été dû à la pince ou s'il s'est produit en dehors du traumatisme. Quel était son siège exact; était-il nécessaire de relever le voile pour l'apercevoir ?

M. Astier. — Cet abcès semble avoir été secondaire, il bombait sur la ligne médiane, et c'est en ce point que j'ai incisé.

M. Gellé demande à M. Astier s'il fait des irrigations nasales après les grattages et s'il lui est arrivé de voir survenir des accidents du côté de l'oreille.

M. Astier. — Je fais des irrigations pour arrêter les hémorragies et rendre aseptique la plaie ; je n'ai jamais eu d'accidents.

M. Menière. — J'ai été peut-être favorisé par une série heureuse, mais sur plus de 1,300 opérés soumis aux irrigations nasales je n'ai jamais eu d'accidents. Et pourtant je fais des irrigations avant et après, au moins 5 ou 6, et je ne compte pas celles faites par les parents. Je n'ai jamais eu d'otites.

Corps étrangers de l'arrière-gorge et pharyngomycoses, par MM. de Nabias et Sabrazès.

Les auteurs se sont attachés à montrer l'action du chlorure de zinc sur le leptothrix buccalis.

Ce parasite est tenace et récidivant. Il tend à proliférer sur les tonsilles. Les conditions pathogéniques qui facilitent son existence sont : le catarrhe, l'hypertrophie des amygdales, la mauvaise dentition.

Chez deux malades atteints de pharyngomycoses il existait un noyau entouré de fausses membranes, chez l'un au niveau d'une crypte amygdalienne, chez l'autre à la base de la langue. Ces fausses membranes avaient leur trame constituée par des filaments de leptothrix buccalis. Au centre il existait un corps étranger. Dans un premier cas c'était un endocarpe de pomme ou de poire. Dans un deuxième il y avait un noyau solide avec une cavité centrale.

Digitized by Google

Pour étudier la nature de ces pharyngomycoses, les auteurs ont ensemencé le tartre dans les deux milieux de culture habituel et à une température de 20°. Vers le quatrième jour, les cultures étaient abondantes.

L'alcalinité de la bouche est un milieu favorable au leptothrix, qui peut pousser sur la pomme humide. Ceci explique le développement facile sur l'endocarpe.

Le réactif du leptothrix est un mélange composé de chlorure de zinc, 95 grammes; d'iodure de potassium, 140 grammes; d'iode, 7gr50, et d'eau distillée, 50 grammes. Sous l'influence de ce réactif, le leptothrix prend une coloration bleu foncé. Il se décolore par l'hyposulfote de soude après coloration. Il ne se décolore pas par les alcalis concentrés. Le contenu seul du filament se colore, ce qui donne une teinte discontinue. En traitant par l'acide sulfurique et l'iode, on voit les filaments présenter un contenu violacé. La coloration perd vite de son intensité et la dessiccation provoque la formation de cristaux.

Observation de syphilis pharyngo-laryngée, par M. Cartaz.

L'auteur a vu trois chancres des amygdales et un chancre du voile du palais, inoculé par l'intermédiaire d'un tuyau de pipe. On aurait dit une gomme, il n'y avait pas d'ulcération, mais de la tuméfaction des ganglions. Le traitement spécifique fut appliqué très activement, la roséole apparut, mais il n'y eut pas d'ulcération.

Un autre exemple de gomme du pharynx survint chez un maître d'hôtel. Il éprouvait de la gêne de la déglutition. Sur la paroi gauche du pharynx, en arrière du pilier, existait une tumeur allongée, rémitente, dure, élastique, de consistance sarcomateuse. La voix était rauque, la corde vocale était pâle et semblait boursouflée comme s'il y avait un abcès sous-muqueux.

Le malade est soumis à un traitement mercuriel et iodé. Une paralysie recurentielle de la corde vocale gauche se produit par compression. Sur la tête existe une tumeur périostale, du volume d'une noix et ne donnant pas la sensation parcheminée du sarcome. Le malade prend 7 grammes d'iodure de potassium et 10 centigrammes de proto- iodure. La tumeur céphalique augmente. M. Tillaux qui voit le malade, pense à un sarcome généralisé. Sur ces entrefaites il part en Suisse et le Dr Jonquières lui fait des injections mercurielles sous-cutanées. Les tumeurs disparaissent rapidement. Il est des gommes qui simulent des

Digitized by Google

abcès. Dans certains cas de syphilis on trouve des laryngites végétantes. Un malade ayant une ancienne syphilis datant de 37 ans, fut pris de troubles légers de la respiration et d'aphonie. Il recouvra la voix sous l'influence de l'iodure de potassium.

Six mois après, de nouveau gêne respiratoire, aphonie; larynx scléreux, épaissi; au centre, tumeur de la grosseur d'une cerise. La tumeur est enlevée, l'aphonie persiste. L'examen histologique montra un fibro-adénome à tendance épithéliomateuse.

Discussion.

M. Ruault. — Il n'est pas rare, dans les fibromes, de voir des glandes énormes avec tubes épithéliaux. J'ai vu des cas analogues.

M. Gouguenheim. — J'ai observé dernièrement un accident primitif, sous forme d'ulcération indurée de la partie supérieure de l'amygdale avec adénopathie, et amygdales également dures. Le diagnostic fut difficile d'autant plus qu'il n'y eut pas de transformation papuleuse de l'ulcération et que la roséole n'apparut que plus tard. Les deux caractères essentiels qui peuvent aider au diagnostic sont la dureté pierreuse de l'amygdale et des ganglions.

Dans un 2e cas, chez une femme, il n'y eut que de l'œdème de l'amygdale et de l'adénopathie sans ulcération. Le diagnostic de syphilis n'est possible alors que par l'apparition de la roséole.

Chez une malade, j'ai vu une syphilis tertiaire du pharynx formant une tumeur singulière, siégeant dans le pharynx, de deux centimètres de long et dont l'extrémité libre était tapissée par des mucosités. J'extirpai la tumeur. Examinée par M. Latteux, il s'agissait d'une gomme avec noyaux caséeux. La guérison suivit l'ablation, deux ans après récidive. 2e opération, traitement interne et guérison définitive.

Le 3e cas que j'ai suivi est celui d'une femme ayant une tumeur grosse comme une pomme sur la tête. Elle avait également des accidents de syphilis pharyngée. Elle guérit de tous les accidents.

Les accidents du côté du larynx ont chez les syphilitiques un haut intérêt. Le plus souvent il s'agit d'inflammation chronique amenant hypertrophie des tissus normaux, formation de tumeurs, réfractaires au traitement. J'ai vu trois cas suivis de guérisons, mais quelquefois la trachéotomie est nécessaire. Les

Digitized by Google

tumeurs d'apparence polypeuse sont rares dans le pharynx et le larynx chez les syphilitiques.

Présentation d'instruments pour l'intubation avec tube fenêtré, par le Dr Lichtwitz.

(Voir la communication insérée dans le numéro de mai.)

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Compte rendu par F. Peltesohn.

Séance du 24 juin 1892.

Flatau présente un *couteau destiné à détruire les synéchies nasales.* Il est construit selon le principe du double couteau bien connu en microscopie, et tranche un morceau du tissu adhérent. Le traitement consécutif par le tamponnement n'est pas nécessaire.

Heymann présente une préparation provenant d'un homme de 52 ans, ayant succombé à un *cancer de l'œsophage.* Pendant la vie, on n'avait pu diagnostiquer sûrement qu'une hypertrophie quatre ou cinq fois plus grande que nature du cartilage aryténoïde gauche et une paralysie de la corde vocale gauche.

Scheinmann recommande l'examen du sinus pyriforme lorsqu'on pense à un carcinome de l'œsophage à siège supérieur. Dans 5 ou 6 cas qu'il a observés, il a remarqué des modifications particulières de ce sinus.

Heymann, à l'aide de la cocaïne, a pu examiner parfaitement, dans son cas, le sinus pyriforme, mais il n'a rien découvert d'anormal.

Fraenkel est d'avis qu'au lieu de se servir du terme de « carcinome siégeant à la partie supérieure de l'œsophage », il vaut mieux employer l'expression rationnelle de « carcinome de la paroi antérieure du pharynx ».

Heymann montre une *amygdale* qu'il a extirpée et d'une lacune de laquelle sort une tumeur d'un rouge bleuté, du volume d'un haricot. Le pédicule mince de la tumeur pénètre profondé-

Digitized by Google

ment dans la lacune, et l'examen microscopique révèle un granulome très hématique.

Au cours de la discussion, à propos de la communication de *Davidsohn* sur l'*éclairage de l'antre d'Highmore*, *Flatau* émet des doutes sur l'exactitude de la phrase qui dit que, par un bon éclairage par transparence de l'œil, on peut s'assurer qu'il n'y a pas de pus dans l'antre d'Highmore, et il rapporte une observation personnelle contradictoire. Il a aussi vu que les différentes parties du globe de l'œil ne s'éclairaient pas toutes au même degré.

Heymann a également observé, dans un cas de suppuration de l'antre d'Higmore, l'éclairage parfait de l'œil du côté malade.

Scheinmann a vu fréquemment l'œil du côté atteint résister à l'éclairage, quelques semaines après la disparition de la suppuration.

Mayer fait remarquer que la meilleure manière de contrôler la transparence de l'œil éclairé, consiste à faire tourner le regard du malade ou à se placer soi-même de côté. Du reste, le degré de transparence directe est proportionnel à la force d'éclairage de l'accumulateur.

Musehold fait une communication sur un *nouvel appareil pour la photographie du larynx*. Il donne d'abord une intéressante description du développement de la photographie du larynx et termine en critiquant tous les appareils inventés dans ce but depuis le vieux maître Czermak jusqu'à ce jour. L'appareil est construit sur le principe d'une lunette astronomique, établie à une distance de 28 centimètres du plan glottique. L'objectif est un antiplanat du groupe Steinheil ; distance focale : 12 cent. 4 ; diaphragme d'ouverture : 2 cent. 1. L'image réelle qu'il projette est mise au point grâce à une simple loupe, située à la paroi postérieure de la chambre noire, et faisant office d'oculaire : et cette image peut instantanément être recueillie par une plaque sensible. Pour cela, la chambre présente en son intérieur un disque de verre transparent sur lequel se fait la mise au point, et à droite est un châssis tout chargé. Le disque de verre présente sur sa face antérieure un micromètre, grâce auquel on peut avec la loupe obtenir une mise au point parfaite de l'image laryngienne : seulement, étant donné la longueur de l'appareil situé entre l'œil de l'opérateur et la bouche du patient, le miroir laryngologique doit être tenu, le bras étant très tendu. Quant au miroir réflecteur, il se place au-devant de l'ob-

Digitized by Google

jectif, et, pour permettre la pénétration dans la chambre noire d'un grand nombre de rayons lumineux, il doit présenter un orifice central une fois et demie plus grand que celui des réflecteurs ordinaires. Les choses sont alors disposées de telle façon que l'image laryngée vienne se faire nettement sur le plan du micromètre : A ce moment on substitue au disque viseur la plaque sensible; et automatiquement, ce mouvement établit un contact électrique qui produit un éclair magnésien. Les images ainsi obtenues sont de 4/5 à 5/6 de la grandeur naturelle, et elles laissent voir beaucoup de détails. Musehold photographie l'image laryngienne devant la Société et démontre ainsi le maniement facile et sûr de son appareil.

B. Fraenkel, au nom de la Société de laryngologie, remercie l'orateur de son intéressante communication.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur un cas de carcinome primitif de la trachée, par F. Pick. (*Prager med. Wochenschritt*, n° 6, 1891.)

Après avoir énuméré les quelques cas publiés de carcinome de la trachée, l'auteur rapporte un cas analogue provenant de la clinique de Gussenbauer. Les symptômes cliniques n'avaient permis que de poser le diagnostic de tuberculose des voies aériennes et des poumons. La trachéotomie n'amena pas une atténuation de la dyspnée avec la canule ordinaire. Ce n'est qu'au moyen d'un catheter introduit jusqu'à la bifurcation des bronches qu'on parvint à faire respirer librement le malade.

A l'autopsie, on trouva un carcinome médullaire de la trachée avec affection secondaire des ganglions du cou, de la glande thyroïde et des poumons. LICHTWITZ.

Sur la formation congénitale de deux membranes symétriques reliant les bords latéraux de l'épiglotte aux cartilages de Santorini, par W. Anton. (*Prager med. Wochenschrift*, n° 27, 8 juillet 1891.)

Après un résumé historique de tous les cas rapportés de for-

Digitized by Google

mations congénitales de membranes de l'intérieur du larynx, l'auteur décrit l'image laryngoscopique très curieuse d'un larynx d'enfant de 8 ans atteint de mutisme. L'examen laryngoscopique démontrait l'intégrité des cordes vocales, mais au-dessus des replis ary-épiglottiques et parallèles à ces derniers on aperçevait deux membranes implantées en avant sur le bord latéral de l'épiglotte et, en arrière, sur le sommet des cartilages de Santorini. A l'aide d'une sonde, on put passer entre chaque membrane et le repli épiglottique sous-jacent. L'épaisseur des membranes était de 1m,1/2 et leur longueur de 14 à 15 millimètres. LICHTWITZ.

Disparition spontanée d'un papillome du larynx, après trachéotomie, par ELIASBERG. (*Meditz. Obozr.*, 1891, n° 1 ; in *Journ. of laryng.*, n° 6, 1891.)

Chez un enfant, pâle, maigre, existait de la dyspnée et de l'aphonie; la cause était un vaste papillome de la corde vocale gauche et des végétations de la commissure; on fit la thyrotomie par incision médiane attaquant seulement la moitié inférieure du cartilage et on enleva toutes les tumeurs, pour cautériser au thermocautère; on sutura en laissant un tube dans l'angle inférieur de l'incision. Deux mois après, récidive complète. Cinq mois après la première, nouvelle thyrotomie, ablation également de la corde vocale; l'incision se referma. Mais il fallut, deux mois après, faire la trachéotomie à cause d'une asphyxie menaçante et, en un mois environ, le larynx fut complètement bloqué par les tumeurs; cela resta stationnaire deux mois, puis les végétations décrurent, le malade expectorant de temps en temps des fragments. Un an après la première thyrotomie, tout était fini et, depuis deux ans, il n'y a pas eu de récidive. D'après Eliasberg, c'est le quatrième cas seulement de disparition spontanée d'un papillome; les autres sont dus à Hopmann, Hunter Mackenzie, Œrtel. R. L.

Abces laryngé idiopathique, par IRSAY. (*Inter. klin. Rundsch.*, n° 27, 1891 ; in *Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

Difficulté d'avaler pendant plusieurs jours. Au laryngoscope, gonflement du cartilage aryténoïde gauche et du ligament ary-épiglottique. Le lendemain, toux, écoulement de pus par une petite ouverture de la muqueuse. Guérison. R. L.

Extirpation de la partie cervicale du gosier, du larynx entier, de la glande thyroïde, des anneaux supérieurs de la trachée,

Digitized by Google

par Berg. (*Svenska Laekar. Förhandlinj*, p. 159, 1890; in *Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

Opération destinée à enlever une tumeur cancéreuse de la partie supérieure du gosier, envahissant les parties ci-dessus mentionnées ; enlèvement de deux anneaux de la trachée. Le malade, âgé de 37 ans, était en bonnes conditions dix semaines après l'opération. Il se nourrissait par un large tube. R. L.

Polype de la trachée après trachéotomie pour le croup; deuxième trachéotomie; guérison, par E. Revilliod. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1891; in *Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

Examen du cas; en passant, l'auteur s'élève contre la chloro formisation dans la trachéotomie. Dans la bibliographie, il oublie de citer la thèse de Pétel (de Rouen) faite en 1879 sur les polypes après trachéotomie et renfermant, outre des cas originaux, plusieurs qu'il ne cite pas. R. L.

Paralysie postérieure du larynx chez les enfants ; par Robertson. (*Journ. of laryng.*, n° 10, 1891.)

En 5 ans, l'auteur a rencontré de temps en temps cette affection, qui a guéri toujours, sauf une fois; plus tôt le traitement est commencé, mieux cela vaut, autrement peuvent survenir des complications aggravant la paralysie; le symptôme typique est une dyspnée persistante, affectant exclusivement l'inspiration ; une lésion bilatérale des muscles postérieurs du larynx se suggère d'elle-même d'après le caractère des signes laryngés. La faculté de tousser, la voix comparativement claire, la longueur du phénomène, distinguent d'une paralysie des adducteurs un spasme de la glotte par exemple. Dans les papillomes, la voix est altérée. Dans aucun cas, pas de tumeur thoracique ou cervicale, de compression du vague ou des récurrents; diphtérie toujours soigneusement éliminée. R. L.

Affections de l'oreille consécutives à des opérations simples dans les fosses nasales, par Hessler. (*Münch. med. Woch.*, n° 50, 15 décembre 1891.)

Hessler a trouvé dans la littérature 9 cas dans lesquels des opérations nasales ou rétro-nasales ont provoqué des affections auriculaires. Il y ajoute 9 cas qu'il a eu l'occasion d'observer, dont 8 ont été opérés par des confrères, le 9e cas par lui-même.

L'auteur croit que les accidents auriculaires consécutifs aux

Digitized by Google

opérations intra-nasales sont plus fréquents qu'on ne l'a dit, et il recommande une antisepsie rigoureuse dans ces interventions.

Quand le tamponnement est nécessaire, il importe de ne pas laisser les tampons en place plus de douze heures, car d'après Hessler, leur séjour prolongé dans les fosses nasales facilite la décomposition des sécrétions, et, par suite, une infection par la plaie. L. L.

Affections cérébrales consécutives aux opérations simples des fosses nasales, par Wagner. (*Münch. med. Woch.*, n° 51, 22 décembre 1891.)

L'auteur rappelle d'abord le cas de Voltolini, dans lequel l'extirpation de polypes du nez a été suivie de méningite ayant entraîné la mort. Un cas analogue a été rapporté par Quinslan.

L'auteur rapporte l'observation suivante : Un jeune homme de 20 ans vient le consulter pour une rhinite hypertrophique chronique. Wagner cautérise les deux tiers antérieurs du cornet inférieur et le bord inférieur du cornet moyen. Pas la moindre perte de sang pendant l'opération.

Le 3e jour après l'opération, hémorragie abondante nécessitant un tamponnement antérieur et postérieur.

La température, qui s'était déjà légèrement élevée le soir du 2e jour, montait, une heure après le tamponnement, à 39 et, le lendemain matin, à 39,8. Céphalalgies frontales intenses et occipitales moins prononcées. La fièvre se maintient et la température atteint 40,5 le deuxième jour du tamponnement. On n'enlève les tampons qu'au bout de 63 heures. La température reste quand même très élevée et on voit apparaître de la roideur de la nuque et des douleurs dans les articulations du bras droit. Le malade meurt 12 jours après la cautérisation nasale. Pas d'autopsie.

L'auteur croit que l'hémorragie, dans ce cas, doit être attribuée à une thrombose du sinus longitudinal et qu'elle ne provenait pas de la plaie opératoire. Les dispositions anatomiques des veines et des voies lymphatiques des cornets moyen et supérieur expliqueraient facilement, d'après l'auteur, la propagation de l'inflammation nasale au sinus longitudinal d'une part, amenant la thrombose, et à l'espace sous-arachnoïdien d'autre part, provoquant la méningite.

Dans la discussion qui suit les communications de Hessler et Wagner, *Scharfe* rapporte un cas d'épitaxis, observé par

Digitized by Google

un confrère, où le tamponnement postérieur à l'aide de la sonde de Belloc a été suivi, au bout de quelques jours, de méningite mortelle. Il se demande s'il n'est pas prudent de renouveler les tampons toutes les 12 heures.

Bramann s'élève contre les objections formulées surtout par Kepler au sujet du tamponnement prolongé et insiste sur les beaux résultats obtenus par les chirurgiens au moyen du tamponnement à la gaze iodoformée.

Oberst n'accepte pas l'explication que Wagner donne pour son cas. Il croit que l'hémorragie provenait non d'une thrombose du sinus longitudinal, mais tout simplement de la partie cautérisée après la chute de l'escharre. La marche pernicieuse s'explique aisément par l'infection septique. LICHTWITZ.

Note sur l'emploi de l'acide trichloracétique dans le nez et le pharynx, par G. KILLIAN. (*Münch. med. Woch.*, n° 39, 1891.)

L'acide trichloracétique présente un inconvénient : cette substance, en fondant, ne s'attache pas à la sonde comme le nitrate d'argent et l'acide chromique.

Killian recommande de l'employer sous la forme liquide et d'en imbiber un tampon de coton. Les cristaux d'acide trichloracétique, par leur pouvoir hygroscopique, se liquéfient facilement, et on trouve au fond du flacon l'acide liquéfié. S'il n'y en a pas en quantité suffisante, on n'a qu'à ajouter 2 à 3 gouttes d'eau.

L'action de l'acide liquéfié est presque la même que celle de l'acide en substance.

L'auteur se sert de ce médicament dans les hypertrophies des cornets et le préfère au galvanocautère. La guérison est plus rapide et il y a peu de réaction postopératoire. Il recommande de cocaïniser la muqueuse avec soin et à plusieurs reprises et de badigeonner au moins deux fois la muqueuse avec un petit tampon d'ouate à peine imbibée du médicament. Dans le pharynx, l'acide trichloracétique liquéfié agit à peu près comme le nitrate d'argent en substance. LICHTWITZ.

Sur le mode d'emploi de l'acide trichloracétique dans le nez et le pharynx, par SZODRSKI. (*Münch. med. Woch.*, n° 46, 17 novembre 1891.)

L'auteur donne la description d'un stylet et d'une spatule (le premier creusé à son extrémité antérieure, la seconde creusée

Digitized by Google

à sa surface convexe) qui servent à appliquer l'acide trichloracétique en substance dans les hypertrophies prononcées des fosses nasales. Le stylet peut aussi être employé dans les hypertrophies folliculaires du pharynx. L. L.

Contribution à l'étude du traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par J. Bloch. (*Münch. med. Woch.*, n° 34, 1891.)

Ce travail contient un court aperçu sur le mode de traitement de l'empyème de l'antre employé à la clinique du professeur Jurasz. C'est la méthode de Mikulicz-Krause qu'on emploie, seulement au lieu de se servir, pour les injections, d'une canule simple, Jurasz introduit une canule à double courant, qui lui permet de faire le lavage de la cavité, alors même que l'orifice naturel est obstrué et qui lui indique tout de suite si oui ou non elle est bien dans l'antre.

Jurasz a aussi légèrement modifié la courbe du trocart de Krause en lui donnant une forme circulaire. Grâce à cette modification, le trocart serait applicable même dans les déviations prononcées de la cloison.

La pointe du trocart, au lieu d'être triangulaire, est à double tranchant. LICHTWITZ.

Etiologie de la rhinite fibrineuse, par Lieven. (*Münch. med. Woch.*, n° 49, 8 décembre 1891.)

Lieven a cherché à élucider la question étiologique de la rhinite fibrineuse en faisant des cultures avec l'exsudation fibrineuse provenant d'un cas de rhinite fibrineuse observé à la clinique du Dr Seifert. Cette rhinite apparaît après une cautérisation du cornet inférieur. Les cultures ont démontré à l'auteur qu'il s'agissait d'un micro-organisme bien caractérisé ressemblant, par ses qualités biologiques, au staphylocoque pyogène, sans être identique.

Après s'être assuré de l'innocuité de ce micro-organisme chez l'animal, il l'expérimenta directement chez l'homme. Sur la muqueuse normale les cocci ne provoquent pas d'exsudation fibrineuse, de même sur la muqueuse hyperémiée par l'iodure de potassium pris à l'intérieur; mais les cultures appliquées sur la muqueuse préalablement cautérisée et dépourvue de l'escharre provoquaient une exsudation fibrineuse. L. L.

Digitized by Google

Du crésol iodé, par Petersen. (*Münch. med. Woch.*, n° 30, 1891.)

L'auteur a expérimenté à la clinique du Dr Seifert (Wurzbourg) le crésol iodé. Il a trouvé que cette préparation iodée, introduite dans l'organisme, ne se décompose presque pas, de sorte que l'intoxication n'est pas à craindre. Employé dans les affections nasales, ce médicament s'est montré très efficace dans les rhinites avec hypersécrétion, ainsi que dans la rhinite aiguë.

Appliqué sous forme de pommade à 10 0/0, le crésol iodé a donné aussi de bons résultats dans la rhinite atrophique simple et fétide et dans l'eczéma des narines. L. L.

Kystes et abcès du cornet moyen, par Greville Macdonald. (*Lancet*, 20 juin 1891 ; in *Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

On trouve quelquefois au niveau de ce cornet, avec les symptômes de l'occlusion nasale, un kyste arrondi contenant une demi-once de liquide ; ils sont dus à une hypertrophie par périostite ostéophytique conduisant à une courbure du bord libre et à l'union de celui-ci au corps de l'os ; de là, formation d'une cavité garnie d'une muqueuse avec épithélium à colonnes. Le mucus, sécrété à l'intérieur, la fait se distendre. Comme traitement, le serre-nœud et une pince pour enlever le reste quand on ne peut ouvrir le kyste et enlever les parois par fragments.

Les abcès du cornet moyen terminent probablement ces kystes, accompagnés d'un écoulement de pus et quelquefois d'un empyème de l'antre. R. L.

Hydropisie du sinus frontal, par Frykman. (*Hygièa*, juin 1890 ; in *Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

Le pus, après plusieurs années de symptômes d'une affection du sinus, sortit spontanément à travers la paupière gauche. Une opération donna une large issue dans la cavité nasale et la fistule cessa de donner du pus. R. L.

Nécrose du palais et de la cloison du nez, consécutivement à la fièvre typhoïde, par Fleischer. (*Vratch*, n° 24, 1891 ; in *Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

Cas très rare d'un cocher qui, quatre jours après la crise, vit soudainement apparaître de la dificulté à avaler, de la gêne à parler, des douleurs dans le nez, une odeur fétide. On nota

Digitized by Google

une perforation, aux bords rouges, située environ à moitié du palais, mesurant 2 à 3 centimètres. Dans la cloison du nez, orifice semblable, mais un peu plus petit. La veille, il n'y avait que des taches noirâtres avec des zones de congestion. Autrement, la fièvre typhoïde ne présenta pas de changements dans son évolution normale. R. L.

Trois cas d'angine avec rash érythémateux de la peau, par Holsti. (*Finska Laekar. Handlingar*, octobre 1891 ; in *Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

Trois femmes, de 25, 30, 35 ans, eurent un rash érythémateux simultanément avec, ou peu après, une angine avec rougeur intense des piliers; dans un cas, fausses membranes grises des amygdales; dans un autre, petites hémorragies de la muqueuse de la gorge. Dans deux des cas le rash fut manifeste, d'abord sur le cou et à la partie supérieure de la poitrine; dans tous les cas il s'étendit par degrés avec une certaine intensité. R. L.

Diagnostic des fistules entre l'œsophage et la trachée, par Gerhardt. (*Charité-Annalen*, 1890; in *Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

Si l'on introduit une sonde chez une personne saine, juste à la bifurcation, et si la sonde se rattache à un tube de caoutchouc plongeant dans l'eau, on remarque la sortie d'une certaine quantité d'air quand le malade comprime. Une pression continue n'a pas d'effet. S'il y a fistule, l'air sort continuellement avec audition de rhonchus. R. L.

Œdème aigu local compliqué de purpura et de salivation, par Holmes. (*Boston med. et Surg. Journ.*, 14 mai 1891 ; in *Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

Un homme, ayant une excellente santé, fut pris subitement de gonflement indolore et rouge foncé dans le gros orteil gauche; 36 heures après, œdème du pied et de la cheville gauche de cinq jours de durée.

Sept jours après, l'œdème avait disparu complètement, mais il y avait un gonflement nettement circonscrit au-dessus de la moitié de la paume droite, l'avant-bras gauche gonflé jusqu'au coude; coloration de la peau normale, pas de douleur à la pression. Le lendemain, enflure des deux mains et du bras droit, beaucoup de taches purpuriques du côté de la flexion

Digitized by Google

aux deux coudes ; mêmes taches aux extrémités inférieures ; ni hématurie, ni hémoptysie.

Après bandage des bras, disparition de l'œdème en deux jours, de la main en trois.

Traitement alcalin sans effet.

Puis, salivation profuse (plus d'un quart par jour) ; œdème du voile du palais et de la luette, environ trois à quatre fois le volume normal, rouge sombre comme la paroi postérieure du pharynx.

L'atropine arrêta la salivation en une heure ; elle ne reparut pas. En deux jours la gorge allait bien, les bras étaient dégonflés, mais de chaque côté de l'abdomen, taches très gonflées s'étendant aux tissus sous-cutanés. Œdème considérable des paupières, du crâne, du front, du dos, des hanches aux omoplates. Puis disparition du tout ; guérison avec reste de faiblesse. Jamais de démangeaisons.

La maladie dura en tout trois semaines. L'homme n'était nullement rhumatisant, malgré les relations alléguées entre cette diathèse et ces phénomènes. R. L.

Œdème angio-névrotique, par Mumford. (*Boston med. and Surg.*, 5 mars 1891 ; in *Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

Un jeune homme de 20 ans, hémophile, ayant eu quatre ans avant du purpura et une épistaxis alarmante, fut pris de gonflement subit de la joue droite, commençant dans la cavité buccale, près des molaires gauches. Prostration générale, pas de douleurs, parfois léger goût de sang dans la bouche, 103° ; pouls, 104, faible ; 18 respirations, pénibles. Une moitié de la lèvre supérieure était très gonflée, pourpre, hémorragique. Pas d'œdème de la glotte, respiration stertoreuse due à la déformation du larynx par la pression. Gonflement gagnant la clavicule, contournant le menton jusqu'à l'angle opposé de la mâchoire, de plus en plus tendu et douloureux. Cyanose et respiration pénible de plus en plus marquée. Au bout de trois heures, tumeur manifestement diminuée, s'étant vidée spontanément dans la bouche, et qui continua environ deux semaines, au bout desquelles guérison complète. R. L.

Pemphigus de la bouche, du pharynx, du larynx, par Mandelstamm. (*Inter. klin. Rund.*, n° 35, 1891 ; in *Journ. of laryng.*, n° 10, 1891.)

Cinq cas, tous chroniques, sans bulles cutanées. Dans le

Digitized by Google

cinquième, un pemphigus cutané survint quelques mois après le laryngé. Dans tous les cas existèrent les symptômes décrits par Irsay. Muqueuse couverte d'abord de bulles, et après leur lacération, d'une grande quantité d'épithélium blanchâtre, ressemblant souvent à de la diphtérie dont le pemphigus diffère par la chronicité, de la stomatite mercurielle par l'absence de fièvre et de signes inflammatoires. Thérapeutique sans effet.

R. L.

Deux cas d'inflammation du tissu cellulaire sous-maxillaire, par Baker. (*Lancet*, 22 août 1891 ; in *Journ. of laryng.*, n° 10, 1891.)

Consécutive dans les deux cas à l'extraction de dents. Incision, drainage, injections boriquées ; début du traitement en présence des symptômes, qui furent graves, même avant la formation du pus. La guérison s'ensuivit. Dundas Grant compare ce résultat avec le mauvais obtenu par l'expectation dans les cas d'angine de Ludwig. R. L.

Pemphigus des voies aériennes supérieures, par Irsay. (*Internat. klin. Rundsch.*, n°s 28, 29, 1891 ; in *Journ. of laryng.*, n° 10, 1891.)

Bulles sur le voile du palais et la face interne des joues ; après leur rupture, écoulement de sérum sanguinolent ; bulles identiques sur la peau. Au laryngoscope, sur l'épiglotte, deux pertes de substance causées par rupture de bulles. R. L.

Sarcome de l'amygdale enlevé par incision extérieure, par Homans. (*Lancet*, 29 août 1891 ; in *Journ. of laryng.*, n° 10, 1891.)

Sarcome à cellules rondes enlevé d'abord avec l'amygdalotome, puis avec récidive, en incisant de l'os hyoïde à l'apophyse mastoïde droite ; au moyen d'une pince introduite par la blessure, on enleva l'amygdale après l'avoir mobilisée par dedans.

R. L.

Chorée du pharynx, par Jacobi. (*Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

Une jeune fille de 13 ans, avec pneumonie lobulaire et insuffisance mitrale, présentait des contractions des muscles de la face. Les muscles du nez et du pharynx étaient également pris ; il y avait un catarrhe, non pas tant antérieur que de la muqueuse des narines postérieures et du pharynx ; à cela devaient, suivant Jacobi, être dues les convulsions faciales. R. L.

Digitized by Google

Recherches sur le bacille de la diphtérie et la diphtérie expérimentale, par Babes. (*Virchow's Arch.*, p. 460 ; in *Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

L'auteur obtint du bacille de Löffler une substance toxique pouvant tuer des animaux et, à moindre dose, produire une paralysie caractéristique des extrémités postérieures. Cette toxine ne donna pas de membranes. En revaccinant avec les membranes, les animaux devinrent parfois résistants, mais cela sans effet certain. En appliquant une solution de permanganate de potasse à 1/1000, sublimé 1/4000, alcool, 1/5, hydrate de chloral 1/50, acide borique 1/20, les micro-organismes pouvaient diminuer de nombre, d'où recommandation de ces médicaments pour la diphtérie humaine. R. L.

Affections rares de la langue, par Rydigier. (*Congrès de la Soc. de chir. all.*, avril 1891 ; in *Journ. of laryng.*, n° 8, 1891.)

Un cas de langue noire chez une jeune fille de 14 ans, la partie noire étant à la partie moyenne ; il y avait, au microscope, une hypertrophie des papilles biliformes. L'auteur montre aussi un lipome extrait de la langue. R. L.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ITALIE

Oreille

De l'importance fonctionnelle du limaçon, par C. Corradi. (*Il Sordomuto*, décembre 1890 et janvier 1891.)

Surdi-mutité provenant d'une otite moyenne pyogénique végétante. Traitement. Guérison par A. Colombi. (*Il Sordomuto*, décembre 1890.)

Corps étranger de la caisse du tympan, par G. Ficano. (*Bollett. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, janvier 1891.)

Sur l'excitabilité électrique du nerf acoustique et sur sa valeur diagnostique dans les maladies cérébrales et du système nerveux en général, par G. Lumbroso. (*Il Segno*, n°s 9 et 10, 1890.)

Critique de l'ouvrage sur *L'Hygiène de l'oreille*, du prof. V. Cozzolino, par A. Toti. (Typ. R. Bimbi, Cortone, 1890).

Les moyens et de la manière d'examiner l'organe acoustique chez les enfants et chez les sourds-muets, par G. Longhi. (*Il Sordomuto*, janvier, mars, avril, 1891.)

Formulaire raisonné des maladies de l'oreille, du nez, de la gorge, du

Digitized by Google

larynx et de l'œsophage, par G. Ficano. (Un volume de 130 pages, G. Clausen, éditeur, Palerme, 1891.)

Hygiène de l'oreille, par V. Cozzolino. (3e édition, Typog. F. Cosmi, Naples, 1891.)

La surdité congénitale. Contribution à l'étiologie et à la pathogénie de la surdi-mutité, par Holger Mygind. Traduction italienne de G. Ferreri. (Gati, éditeur, Sienne, 1891.)

Contribution à la physiologie de l'oreille interne, par Fano. (*Atti dell' Accad. med. di Genova*, février 1891.)

Les thromboses et les phlogoses des sinus de la dure-mère, par V. Cozzolino. (*Gazz. degli ospitali*, 12 avril 1891.)

Toux auriculaire, par C. Compaired. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, avril 1891.)

Les maladies de l'oreille en rapport avec les affections nasales et l'hérédité, par C. Corradi. (*Il Sordomuto*, mars, avril 1891.)

Diagnostic, pronostic et therapeutique de la surdité progressive dans l'otite moyenne chronique non purulente, par G. Gradenigo. (*Il Sordomuto*, mars, avril et mai 1891.)

De l'ostéite condensante douloureuse de l'apophyse mastoïde, par G. Nuvoli. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, mai 1891.)

Un bon remède contre les otites moyennes purulentes chroniques avec otorrhée, par V. Grazzi. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso* mai 1891.)

Sur la classification et l'étiologie des otites moyennes en général. Leçon clinique de G. Gradenigo, recueillie par M. Cardoso. (*Sperimentale*, 30 avril 1891.)

Otite moyenne bilatérale. Congestion méningo-encéphalique. Guérison, par A. Trinetti. (*Gazz. degli ospitali*, 28 mai 1891.)

De la surdité et de ses causes principales, par V. Grazzi. (*Morgagni*, mai 1891.)

Le massage dans quelques formes d'otopathies, rhinopathies et pharyngo-laryngopathies, par A. Volpe. (Tipog. Ferrante, Naples, 1891.)

Sur les anomalies de conformation du pavillon de l'oreille. Etude anthropologique, par G. Gradenigo. (*Il Sordomuto*, juin et juillet 1891.)

Des diverses methodes de trépanation de l'apophyse mastoïde dans les suppurations de l'oreille moyenne, par C. Corradi. (*Il Sordomuto*, juin et juillet 1891.)

A propos d'un cas de surdi-mutité tardive, par C. Poli. (*Il Sordomuto*, juin 1891.)

Compte rendu sommaire des maladies de l'oreille, du nez, de la gorge et du larynx, observées et traitées au dispensaire de l'hôpital S. Saverio de Palerme, pendant l'année 1890, par G. Ficano. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, juillet 1891.)

A propos d'une Société italienne d'otologie, laryngologie et rhinologie. Lettre de V. Cozzolino à V. Grazzi. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, août 1891.)

Contribution à l'étiologie des otites catarrhales. Observations bactériologiques de A. Maggiora et G. Gradenigo. (*Giorn. della r. Accad. di med. di Torino*, juin 1891.)

La salive humaine et les microorganismes pathogènes de la cavité auriculaire, par G. Sanarelli. (*Rivista clinica arch. ital. di clin. med.*, 15 août 1891.)

Diagnostic des troubles relatifs à la perception des sons aigus et bas dans les maladies de l'oreille, par C. Corradi. (Sect. d'otol. lar. et rhin., XIVe congrès de l'Ass. med. italienne, Sienne, 18 août 1891 et *Arch. int. delle spec. med. chir.*, fasc. 16-17, Naples, 1891.)

Operations intratympaniques, par Poli. (Sect. d'otol. lar. et rhin., XIVe congrès de l'Ass. méd. italienne, Sienne, 19 août 1891.)

Digitized by Google

Recherches bactériologiques sur le contenu de l'oreille des enfants à la mamelle, par A. Trippitelli. (*Thèse de Naples*, 1891.)

L'otite externe chez les névropathes, par A. Trifiletti. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, octobre 1891.)

Observations bactériologiques sur les otites moyennes purulentes, par A. Maggiora et G. Gradenigo. (*Giornale della r. Accad. di med. di Torino*, juillet-août 1891.)

Observations bactériologiques sur les furoncles du conduit auditif externe, par A. Maggiora et G. Gradenigo. (*Giorn. della r. Accad. di med. di Torino*, juillet août 1891.)

Les canaux semi-circulaires et la maladie de Ménière, par Lussana. (*Giorn. int. di sc. med.*, avril 1891.)

Maladie de Menière consécutive à l'influenza. Guérison, par T. Bobone. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, novembre 1891.)

Sur la conformation du pavillon de l'oreille chez les délinquantes, par G. Gradenigo. (*Giorn. della r. Accad di Torino*, septembre-octobre 1891.)

Les médecins et l'otologie, par G. Ferreri. (*Boll. dell. mal. dell' orecchio, gola e naso*, décembre 1891.)

Contribution à la pathologie et à la chirurgie mastoïdiennes pendant l'année scolaire 1890-91, à la consultation externe des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge dirigée par V. Cozzolino à l'hôpital clinique de l'Université de Naples. Compte rendu par R. Cimmino. (*Sordomuto*, novembre, décembre 1891 et février 1892.)

Les voies de la science dans l'étude de la médecine. Leçons d'ouverture de la 20e année d'enseignement otologique à l'université royale de Rome lue par le prof. E. de Rossi, le 23 novembre 1891. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, janvier 1892.)

L'otoiatrie et la rhino-laryngologie à Berlin. Notes et propositions de V. Nicolaï. (Broch. de 10 pages, Tipog. del *Riformatorio patronato*, Milan, 1892.)

Sur certaines modalités fonctionnelles dans les lésions du nerf auditif, par M. Cardoso. (*Sperimentale*, t. XLV, p. 529.)

Contribution au traitement de la maladie de Ménière, par R. Mongardi. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola et naso*, février 1892.)

Compte rendu statistique des malades qui se sont présentés pendant l'année scolaire 1890-1891 à la consultation externe pour les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge de l'hôpital clinique de l'Université de Naples, dirigée par V. Cozzolino, par R. Cimmino. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, février et mars 1892.)

Sur l'emploi de la fluoroglucine dans la décalcification du labyrinthe, par G. Ferreri. (*Boll. della r. Accad. med. di Roma*. fasc. 1, 1892.)

Sur les caractères présentés par les affections du nerf acoustique, par G. Gradenigo. (*Sordomuto*, mars et juillet, 1892.)

Contribution à la casuistique des fistules mastoïdiennes permanentes, par G. Piselli (*Sordomuto*, mars, 1892.)

Compte rendu sommaire des maladies de l'oreille, du nez, de la gorge et du larynx, observées et traitées au Dispensaire de l'hôpital civique de Palermo pendant l'année 1891, par G. Ficano. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, avril 1892.

Succès obtenu par le courant galvanique dans un cas de maladie de Ménière, par E. de Renzi. (*Riv. clin. e terap.*, mars 1892.)

Contribution clinique à l'étude des issues cérébrales des otites moyennes, par G. Laurenti. (*Gazz. degli osp.*, 30 avril 1892.)

Sur l'union du manche du marteau avec la membrane du tympan. Note d'anatomie microscopique, par G. Masini. (*Sordomuto*, avril 1892.)

Les corps étrangers du conduit auditif externe, par V. Grazzi. (*Gazz. degli ospitali*, 24 et 28 mai 1892.)

Sur l'action du sozoiodol sodique dans le traitement des otorrhées, par Brugnatelli. (*Sordomuto*, mai 1892.)

Digitized by Google

Larynx et trachée.

Le traitement de Koch dans la tuberculose laryngée, par G. Strazza. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola et naso*, janvier 1891.)

Dispensaire de laryngologie de l'Université royale de Naples, à l'hôpital Clinique, dirigé par le prof. F. Massei. Compte rendu de l'année scolaire 1889-90 (IXe année d'enseignement), par A. Trifiletti. (*Arch. ital. di laryng.*, janvier-avril 1891.)

Recherches préliminaires sur la physio-pathologie de quelques muscles du larynx, par G. Masini. (*Arch. ital. di laring.*, janvier-avril 1891.)

Tuberculose laryngée, par Barra. (*Thèse de Naples*, novembre 1890.)

Sur l'intubation du larynx dans le croup, par Tiralongo. (*Thèse de Naples*, novembre 1890.)

Sur un cas de laryngite hypoglottique aiguë grave, par C. Corradi. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, février 1891.)

Compte rendu de la section de laryngologie et rhinologie du Congrès international de médecine de Berlin, par G. Strazza. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola et naso*, février-mars 1891.)

Laryngo-sténose syphilitique gommeuse, par F. Massei. (*Riv. clin. e terap.*, février 1891.)

Action de la lymphe de Koch dans la tuberculose laryngée, par F. Felici. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, mars 1891.)

Compte rendu de la première session de l'assemblée annuelle des laryngologistes et otologistes belges, par V. Grazzi. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, mars 1891.)

Hémorragies laryngées cataméniales, par E. Compaired. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*. avril 1891.)

Traitement de la laryngite tuberculeuse par la lymphe de Koch, par Felici et Masini. (*Gazz. degli ospitali*, n. 17 et 18, 1891.)

Modifications ultérieures au mode d'éclairage du larynx par la lumière électrique directe, par J. Dionisio. (*Giornale della r. Accad. di med. di Torino*, janvier-février 1891.)

I. Des injections intratrachéales et bronchiques par la voie laryngée dans les affections pulmonaires. II. Effets de la lymphe de Koch sur le larynx, par G. Masini. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, 31 mars 1891.)

Tuberculose laryngée, par Damieno. (*Gazz. degli ospitali*, 3 mai 1891.)

Corps étranger du larynx. Trachéotomie préventive. Extraction par la bouche, par G. J. Mantovani. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, mai 1891.)

L'intubation du larynx dans le croup, par F. Massei et F. Egidi. (Detken, éditeur, Naples, 1891.)

Trachéotomie et intubation dans le croup, par Dionisio. (*Gazz. med. di Torino*, 5 mars 1891.)

Affections laryngées traitées par le remède de Liebreich, par Germoning. (*Sperimentale*, n° 9, 1891.)

Trois cas d'intubation du larynx dans le croup, par Ricci. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, juin 1891.)

Sur le traitement du croup laryngien, par F. Massei. (*Gazz. degli osp.*, 14 juin, 1er et 5 juillet 1891.)

Modifications aux appareils d'intubation laryngée, par F. Egidi. (*Arch. ital. di pediatria*, fasc. 3, 1891).

La resorcine contre les laryngo-trachéites, par G. Cattani. (*Gazz. degli ospitali*, 8 juillet 1891.)

Abri (schermo) pour le laryngologiste, par C. Labus. (*Arch. ital. di laringol.*, juillet 1891.)

50 intubations du larynx pour le croup comme contribution à la statistique. Lettre de F. Egidi à F. Massei, avec une note de F. Massei. (*Arch. ital. di laring.*, juillet 1891.)

Digitized by Google

Contributions à l'étude de quelques formes de sténoses laryngées chroniques (laryngites hypoglottique chronique, blennorrhée de Stœrk, sclérome respiratoire), par J. Dionisio (*Arch. ital. di laring.*, juillet 1891.)

Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la périchondrite laryngée typhique, par A. Toti. (*Sperimentale*, 11 et 15 septembre 1891.)

Le tubage du larynx chez les trachéotomisés, par Toti. (*Sperimentale*, 31 juillet 1891)

Sur les laryngo-sténoses d'origine névropathique, par A. d'Aguanno. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, août et septembre 1891).

Contribution à la casuistique de l'intubation du larynx dans le croup par J. Dionisio, M. Motta et L. Ferria. (*Giorn. della r. Accad. di med. di Torino*, juin 1891.)

Sur les altérations motrices du larynx d'origine névropathique, par A. d'Aguanno. (Un vol. de 95 pages ; G. et S. Zappulla, éditeurs. Palerme, 1891.)

Paralysie laryngée histéro-traumatique, par G. Masini. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, septembre 1891.)

Coïncidence de la syphilis et de la tuberculose du larynx, par Fasano. (Sect. d'otol., lar. et rhin. XIVe Congrès de l'Assoc. méd. italienne, Sienne, 17 août 1890.)

Intubation du larynx dans les sténoses aiguës et chroniques, par Egidi. (Sect. d'otol., lar. et rhin. XIVe Congrès de l'Ass. méd. italienne, Sienne, 18 août 1891.)

Le traitement de Liebreich, par Masucci. (Sect. d'otol., lar. et rhin. XIVe Congrès de l'Ass. med. italienne. Sienne, 17 août 1891.)

Quelques cas de croup traités par l'intubation, par Dionisio. (Sect. d'otol., lar. et rhin. XIVe Congrès de l'Ass. méd. italienne. Sienne, 18 août 1891.)

Un cas d'aphonie hystérique, par Damieno. (Sect. d'otol., lar. et rhin. XIVe Congrès de l'Assoc. méd. italienne. Sienne, 18 août 1891.)

Extirpation partielle d'un larynx carcinomateux, par Toti. (Sect. d'otol., lar. et rhin. XIVe Congrès de l'Ass. méd. italienne. Sienne, 19 août 1891.)

Sur un cas de dysphagie probablement d'origine corticale, par C. Abate. (*Arch. ital. di laring.*, juillet 1891.)

Syphilis gommeuse du larynx, par C. Poli. (*Arch. ital. di lar.*, juillet 1891.)

Compte rendu de la section de laryngologie, otologie et rhinologie du XIVe Congrès médical italien tenu à Sienne du 16 au 21 août 1891, par C. Corradi. (*Arch. ital. di lar.*, juillet 1891)

Sur un cas de paralysie complete de la corde vocale droite par névrite primitive du nerf récurrent, par R. Saloni. (*Thèse de Naples*, 1891.)

Un cas de mutisme hystérique, par Negro. (*R. Accad. di med.*, 3 juillet ; in *Giorn. della r. Accad. di med. di Torino*, juillet-août 1891.)

Mutisme hystérique. Guerison par la suggestion à l'état de veille, par G. Ficano. (*Gazz. degli ospitali*, 11 octobre 1891.)

Compte rendu du dispensaire de laryngologie de l'Université royale de Naples pendant l'année 1890-91, par Masoci. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola et naso*, novembre 1891.)

Soixante intubations du larynx pour le croup comme contribution à la statistique. Observations pratiques, par F. Egidi. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, décembre 1891.)

I. Contribution expérimentale à la physio-pathologie du nerf récurrent. II. Spéculum écarteur des cordes vocales et releveur de l'epiglotte pour les opérations laryngées et trachéales, par J. Dionisio. (*Giorn. della r. Accad. di med. di Torino*, novembre-décembre 1891.)

Sur le traitement de quelques lésions scrofuleuses du larynx, par Ferreri. (*Arch. ital. di ped.*, juillet 1891.)

Digitized by Google

Traitement de la laryngite aiguë secondaire ou primitive par les pulvérisations de perchlorure de fer, par Zinnis. (*Arch. ital. di ped.*, septembre 1891.)

Appareil d'intubation du larynx pour les enfants et les adultes, modifié par F. Egidi. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola et naso*, janvier 1892.)

Un cas de raclage des cordes vocales (décortication des cordes vocales de Labus), par C. Corradi. (*Riforma med.*, 5 octobre 1891.)

Les maladies de la gorge, du larynx et du nez. Réflexions sur les malades traités de 1887 à 1890, par C. Corradi. (*Revista Veneta di scienze med.*, 1891.)

Extirpation d'un carcinome du larynx sans récidive, par Caponotto. (*R. Accad. di med. di Torino*, 15 janvier; *Gazz. degli ospitali*, 21 janvier 1892.)

Laryngotomie pour corps étranger, par A. Matteucci. (*Raccoglitore med.*, 20 janvier 1892.)

Sur l'etiologie du croup d'emblée, par Egidi et Concetti. (*Arch. ital. di pediatria*, mars 1892.)

Societé italienne de laryngologie, otologie et rhinologie. Statuts et règlements. (Tipog. cooperativa, Florence, 1891.)

Mutisme hystérique guéri par la suggestion et par l'application d'un courant faradique à la nuque et au cou, par E. de Renzi. (*Rev. clin. e terapeutica*, 1892.)

Un cas de sténose hypoglottique, par F. Massei. (*Arch. ital. de lar.*, avril 1892.)

Contribution à l'étude de l'aphasie, par L. Moretti. (*Gazz. degli ospitali*, 24 mai 1892.)

Nez

Traitement des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne, par J. Dionisio. (*Il Sordomuto*, mars-avril 1891.)

La pathologie et la chirurgie des sinus du nez (frontaux, maxillaires, ethmoïdaux et sphénoïdaux). Six leçons professées à l'hôpital clinique de Naples pendant l'année scolaire 1889-90, par V. Cozzolino. (Tipog. A. Trani, Naples, 1891.)

Les instruments et la technique chirurgicaux pour les sinus du nez (frontaux, maxillaires, ethmoïdaux et sphénoïdaux), par V. Cozzolino. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, juin 1891.)

Diagnostic et traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par G. Strazza. (*Acad. med. de Genova*, 20 avril; in *Gazz. degli ospitali*, 12 juillet 1891.)

Une nouvelle méthode de coloration des bacilles du rhinosclérome, par Mibelli. (*Giorn. Ital. delle mal. veneree e della pelle*, XXVI, 2; in *Gazz. degli ospitali*, 5 août 1891.)

Un cas de rhinite caséeuse ou cholestéatomateuse. Etude critique, par G. Strazza. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, août 1891.)

Chirurgie du nez, par Nicolaï. (Section d'otol., lar. et rhin du XIVe congrès de l'Assoc. med. italienne, Sienne, 17 août 1894.)

Diphtérie chronique du nez, par L. Concetti. (Section d'otol., lar. et rhin., XIVe congrès de l'Ass. med. ital, Sienne 19 août 1891; *Arch. ital. di pediatria*, janvier 1892.)

Technique chirurgicale et instruments pour tous les sinus du nez, ainsi que pour le promontoire, par Cozzolino. (Sect. d'otol., lar. et rhin. XIVe congrès de l'Ass. méd. italienne, Sienne, 19 août 1891.)

Bactéries des fosses nasales à l'état physiologique, par G. Deletti. (*Arch. ital. di laringol.*, juillet 1891.)

Lésions syphilitiques de l'antre d'Highmore, par P. Smurra. (*Arch. intern. delle specialità med. chir.*, 1er juillet 1891.)

Digitized by Google

Contribution à l'anatomie pathologique des cavités nasales, par G. Gradenigo. (*Giorn della r. Accad. di med. di Torino*, septembre, octobre 1891.)

Polype fibro-muqueux de la cavité naso-pharyngienne, par G. Ficano. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, décembre 1891.

Une démonstration clinique et anatomo-pathologique évidente de la possibilité de la dégénérescence maligne, infiltration cancereuse des végétations adenoïdes chez un homme d'une quarantaine d'années, par V. Cozzolino. (*Sordomuto*, novembre, décembre 1891 et janvier 1892.)

Formes et dimensions du squelette du nez, par Ferranini. (*Arch. per l'antropol.* XXI, 2, 1891.)

Os surnuméraire du nez, par Valenti. (*Monit. zool. ital.* II, 8, 1891.)

Un cas d'épistaxis rebelle guérie par l'emploi de gouttes de teinture d'hydratis canadensis, par L. Vaccari. (*Raccoglitore med.*, 20 janvier 1892.)

Grosse tumeur kystique de l'ethmoïde. Cas d'obstruction complète de la cavité pharyngée supérieure, par G. Strazza. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, mars 1892.)

Sur la diphtérie primitive chronique des narines. Nouvelles observations et recherches bactériologiques, par L. Concetti. (*Arch. ital. de laryngol.*, avril 1892.)

Compte rendu statistique pour l'année 1891 de la section rhino-laryngologique de la Poliambulance de Bergamo, dirigée par F. Roncalli. (*Sordomuto*, avril 1892.)

Exposé clinique de la chirurgie des sinus du nez (maxillaires, frontaux, ethmoïdaux et ethmoïdaux-lacrymaux) et instruments, avec la casuistique hospitalière des suppurations simulant des rhinites chroniques traitées pendant les années 1890-91 et 1892, par V. Cozzolino. (Morgagni, avril 1892.)

Leçons sur la syphilis tertiaire naso-pharyngo-palatine et sur les lésions blennorrhagiques du nez, etc., par V. Cozzolino. (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, mai, juin et juillet, 1892.)

Sur le pouvoir absorbant de la muqueuse nasale, par Treves. (*R. Accad. di med. di Torino*, 10 mai ; in *Gazz. degli ospitali*, 31 mai 1892.)

Pharynx et varia.

Thérapeutique clinique des diphtéritiques. Examen critique des dernières methodes de traitement spécialement de l'école médicale française, basé sur sa propre observation clinique et sur les derniers progrès de la bactériologie dans la diphtérie, par V. Cozzolino. (*Morgagni*, mars, avril et mai 1891.)

Extirpation partielle du pharynx, de l'œsophage et de la glande thyroïde, par Novaro. (*Soc. méd. chir. de Bologne*, séance du 13 mai ; in *Gazz. degli osp.*, 31 mai 1891).

Traitement de la diphterie, par Cantani. (*Boll. delle cliniche*, avril 1891.)

La résorcine contre les angines, par G. Cattani. (*Gazz. degli ospitali*, 12 juillet 1891.)

Sur la physio-pathologie de la glande thyroïde; néphrite consécutive à l'ablation de cet organe, par Alonzo. (*Riforma med.*, 2 juin 1891.)

Adeno-carcinome du palais mou, par T. Busachi. (*Gazz. degli ospitali*, 26 août 1891.)

Chancre à cellules pavimenteuses de la glande thyroïde, par T. Busachi. (*Gazz. degli ospitali*, 30 août 1891.)

Photographies instantanees des cavités pharyngée et laryngée, par Nicolaï. (Sect. d otol., lar. et rhin. XIVe Congrès de l'Assoc. méd. italienne, Sienne, 18 août 1891.

Digitized by Google

Ulcérations pharyngées de Heryng, par Masucci. (Sect. d'otol., lar. et rhin., XIV° Congrès de l'Ass. médic. ital. Sienne, 19 août 1891.)

Un cas rare de paralysie du voile du palais, par S. Marano. (*Arch. ital. di laring*, juillet 1891.)

Comment l'on traite actuellement la diphtérie dans les hôpitaux d'enfants de Paris, par Ricci. (*Boll. dell. mal. dell' orecchio, gola e naso*, octobre 1891.)

Les amygdalites dans leurs diverses formes; leurs suites et leur traitement, par V. Grazzi. (*Collezione ital. di letture sulla med.*, série 6, n° 1; F. Vallardi, éditeur, Milan, 1891.)

Sur les formes de l'angine à streptocoques, par Bernabei. (XIV° Congrès de méd. int., Rome, 19-22 octobre; *Gazz. degli ospitali*, 29 novembre 1891.)

Sur l'efficacité du chlorate de potasse pris à l'intérieur pour empêcher l'angine catarrhale de devenir diphtéritique, par V. Ancona. (*Riv. Veneta di sc. med.*, avril 1891.)

Traitement de la diphtérie, d'après le professeur Widerhofer, de Vienne, par F. Buscaglia. (*Gazz. medica di Torino*, 15 octobre 1891.)

Exposé des publications et des titres du professeur V. Cozzolino. (Typ. Gargiulo. Naples, 1891.)

Contribution à l'histologie normale et pathologique de la glande pituitaire et aux rapports entre la glande pituitaire et la glande thyroïde, par G. Pisenti et G. Viola. (*Atti Accad. med. chir. Perugia*, II, p. 103, 1891.)

Sur l'hypertrophie des amygdales, par C. Abate. (*Arch. intern. delle sper. chir.*, p. 457, 1891.)

Thyroïdectomie totale dans un cas de goitre sarcomateux, par G. Balsamo. (*Riforma med.*, 8 janvier 1892.)

Contribution à l'étude de la tuberculose de la bouche et du pharynx et spécialement de sa pathogénie, par N. Palazzolo. (*Arch. intern. de lar.*, janvier 1892.)

Tumeur congénitale du pilier palatin antérieur, par F. Roncalli. (*Sordomuto*, janvier 1892.)

A propos d'une tumeur congénitale du pilier palatin antérieur. Note de G. Gradenigo. (*Sordomuto*, février 1892.)

Sur l'opportunité qu'il y aurait à soumettre à un examen bactériologique les sujets atteints de diphtérie et d'angines, même simplement suspectes, au moment de leur entrée à l'hôpital, par C. Bareggi. (*Gazz. med. lombarda*, 13-20 février 1892.)

Anévrysme de la région parotidienne. Ligature de la carotide externe, de la thyroïdienne supérieure, de la linguale, de la maxillaire externe, de l'occipitale et de la temporale superficielle. Guérison, par Nuvoli. (*Riforma med.*, 2 février 1892.)

Prophylaxie de la diphtérie, par G. Pintor Pasella (Tip. *del Commercio*, Cagliari, 1892.)

La diphtérie, par A. Passerini. (Broch. de 71 pages. F. Vallardi, éditeur, Milan, 1892.)

Stomatite aphteuse produite par le bacille de Friedlænder, par C. Bernabei. (*Soc. Lancisiania degli osped. di Roma*, 13 février. *Gazz. degli ospedali*, 8 mars 1892.)

Un cas de diverticulum à la partie inférieure de l'œsophage, par Bordoni. (*Riforma medica*, 6 février 1892.)

De quelques formes frustes de la maladie de Basedow, par A. Ripamonti. (*Boll. della Poliambulanza di Milano*, n°s 1 et 2, 1892.)

Sur la valeur des injections de suc thyroïdien chez les chiens à qui l'on a enlevé la glande thyroïde; quelques considérations à propos des conséquences de la thyroïdectomie complète, par R. Schwartz. (*Lo Sperimentale*, fasc. 1, 1892.)

Digitized by Google

Tératome du pharynx. Note par G. Gradenigo. (*Giorn. della r. Accad. di Torino*, février 1892.)

Traitement de la diphtérie par le nitrate de mercure, par Isola. (*Raccoglitore med.*, 1892.)

Quelques considérations sur les abcès pharyngiens, par V. Grazzi. *Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, mai et juin 1892.)

Un cas d'extirpation totale de la langue par la voie sus-hyoïdienne, par R. Piccini. (*Raccoglitore med.*, 30 avril 1892.)

Tire-langue pour la laryngoscopie, par G. Ficano. (*Gazz. degli ospitali*, 28 mai 1892.)

Du syphilome primitif des amygdales, par Colombini. (*Riforma med.* 2 et 3 mars 1892).

Migration d'un lombric dans les muscles profonds de la nuque en passant à travers la colonne vertébrale par un abcès scrofuleux ouvert dans le pharynx, par Brigidi. (*Gazz. degli ospitali*, 4 juin 1892.)

NOUVELLES

La *British medical Association* s'est réunie à Nottingham du 26 au 29 juillet 1892.

La section de *laryngologie* a discuté les trois sujets suivants :

1° Etiologie, pathologie et traitement des névroses nasales, par Donald Stewart et A. Bronner ; 2° catarrhe du nez et de la gorge ; étiologie, pathologie et traitement, par J. Macintyre ; 3° pharyngite granuleuse, étiologie et traitement, par T. Mark Howell et Lennox Browne, M. M. R. Ellis, Mayo Collier, P. Watson Williams, H. B. Hewetson, N. Macnaughton Jones, Scanes Spicer, T. Barr, C. Warden, Schrœtter (de Vienne), J. Erskine, E. Woakes, W. Hill et C. R. Walker ont pris part aux discussions.

Communications annoncées :

Emploi de l'acide trichloracétique dans le traitement de l'ozène, par A. Bronner. — Cause des déviations et autres irrégularités de la cloison nasale, par Mayo Collier. — I. Complications auriculaires dans un cas d'influenza russe. II. Nouvelles expériences sur le traitement de la surdité, résultant d'une sténose nasale, par la dilatation au moyen d'un écarteur de gants (glove stretcher), par H. B. Hewetson. — Rhinalgie, par W. Hill. — Affections professionnelles de la voix, par J. Hunt. — Traitement de l'ozène et des polypes récurrents du nez par l'ouverture de l'antre d'Highmore, avec des observations, par W. Robertson. — Importance d'un cours systématique de physique vocale dans les écoles, surtout à cause de son influence sur les troubles de la voix chez les orateurs, par A. Sandford. — Affections nerveuses de la gorge, par Schrœtter. — Quelques points du diagnostic et du traitement de la suppuration chronique de l'antre d'Highmore ; observations, par Scanes Spicer. — Mal de gorge dyspeptique, par P. W. Williams.

Section d'ophtalmologie.

Traitement des sténoses du canal nasal, par A. H. Benson. — Deux cas d'abcès du sinus frontal, par F. R. Kross..

Section de pathologie.

Structure des nerfs récurrents laryngés et pathologiques des paralysies du larynx, par R. Russell. — Paralysies diphtéritiques expérimentales, par Sidney Martin.

L'*Association française pour l'avancement des sciences* tiendra sa 21° session à Pau, du 15 au 21 septembre.

Dans la section des *sciences naturelles*, nous relevons la communication du Dr Cartaz, secrétaire général adjoint de cette Association, sur le *sarcome des fosses nasales*.

Digitized by Google

Nous lisons dans le *Correspondenz-Blatt für schweizer Ærzte* que le Dr F. Siebenmann, *Docent d'otologie et de laryngologie*, vient d'être nommé *professeur extraordinaire* à l'Université de Bâle.

Le *British medical Journal* annonce la nomination du Dr Lennox Browne comme membre correspondant de l'*American laryngological Association*.

Notre ami le Dr *Moritz Schmidt*, de Francfort-sur-Mein, dont les travaux de laryngologie jouissent d'une si grande et si juste notoriété, vient de recevoir le titre de *professeur*.

Association de la presse médicale française.

Procès-verbal de la séance du 8 juillet 1892. — Le 3e dîner pour l'année 1892 de l'*Association de la presse médicale* a eu lieu le 8 juillet 1892, au restaurant Marguery. 18 membres étaient présents à la réunion, que présidait M. Cornil.

M. de Ranse, syndic, s'était excusé.

La séance a été occupée à peu près tout entière par la discussion des candidatures posées. Ont été admis à l'unanimité :

M. le Dr Topinard, directeur de l'*Anthropologie*.

M. le Dr Meyer, directeur de la *Revue générale d'oculistique*.

M. le Dr Leblond, directeur des *Annales de gynécologie et d'obstétrique*.

Le Dr Joffroy, secrétaire du comité pour l'érection d'un buste à Duchenne, de Boulogne, a demandé à l'Association de vouloir bien prendre part à la souscription qui a été ouverte.

L'Association a voté une somme de *cent* francs.

Différentes questions relatives aux billets à prix réduits délivrés par les Compagnies de chemins de fer aux membres de l'Association, ont été agitées : la solution en a été renvoyée à un prochain dîner.

Le secrétaire, MARCEL BAUDOUIN.

M. Marcel Baudouin, *secrétaire de l'Association de la presse médicale française*, nous adresse l'avis suivant :

Intercolonial medical Congress of Australasia.

Congrès de médecine intercolonial d'Australasie.

3e SESSION.

Sydney (New South Wales) : 26 au 30 septembre 1892.

Le prochain Congrès de médecine intercolonial aura lieu, le mois prochain, à Sydney (Australie). La session s'ouvrira le 26 septembre et se terminera le 30 septembre 1892.

Voici la constitution du bureau :

Président : P. Sydney Jones, 16, College street, Hyde-Park, Sydney, N. S. W. — *Vice-Présidents* : J. Cooke Verco (d'Adelaïde), Th. Naughton Fitzgerald (de Melbourne), J. R. M. Thompson (de Victoria) ; B. Poulton (d'Adelaide) ; Ph. Ed. Muskett (Sydney) ; F. E. Hare (Queensland) ; Sr A. Roberts (Sydney) ; A. Renwick (Sydney) ; J. C. Cox (Sydney) ; W. J. O'Reilly (Sydney) ; W. Brown (Paromatta). — *Trésorier* : Th. Chombers. — *Secrétaires* : T. P. Anderson Stuart (de Sydney) ; J. S. Knaggs (Sydney).

Ce Congrès comprend 5 sections :

Le bureau de la section II, qui intéresse les lecteurs des *Annales*, est composé ainsi qu'il suit :

SECTION II. — *Chirurgie et maladies des yeux, des oreilles et du nez.*

Président : M. Gardner (Adelaïde). — *Vice-présidents* : J. W. Barrett (Melbourne) W. E. C. Colbris (Wellington, New Zealand) ; T. A. Bowen.

Digitized by Google

(Melbourne); Fr. D. Bird (Melbourne); C.-R. Ryan (Melbourne); D. Hardie (Brisbane, Queensland); Adam Jameson (Perth, Western Australia).— *Secrétaires :* Th. Fiaschi (Sydney); A. Mac Cormick (Sydney).

Le bureau du Congrès a fait les plus louables efforts pour attirer en Australie un grand nombre de médecins européens, et des réductions considérables ont été obtenues des Compagnies anglaises pour atténuer autant que possible les frais de voyage.

Pour tous renseignements relatifs au voyage à prix réduit, s'adresser à M. le Dr Felix Terrier, délégué français, 3, rue de Copenhague, à Paris.

Adresse du Congrès :
Postale : 16, College street, Sydney, N. S. W.
Téléphonique : n° 416, Sydney.
Télégraphique (Cable adress) ; *Congress*, Sydney.

Vin de Chassaing. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

Grains de Céber. Poudre Manuel. Granules ferro-sulfureuses Thomas

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Le nez chez les idiots. Déformations. Lésions pathologiques, par L. Revillet. (Broch. de 15 pages ; imprimerie A. Stork, 78, rue de l'Hôtel-de-Ville, Lyon 1892.)

Tiralingua per la laringoscopia (Tire-langue pour la laryngoscopie), par G. Ficano. (Extrait de la *Gazz. degli ospitali*, n° 64, 1892.)

Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen-Casuistische Beiträge (Intubation du larynx dans les sténoses aiguës et chroniques. Contributions casuistiques, par E. Schmiegelow. (Tirage à part du *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 1, 1892.)

Contribution au traitement des sténoses nasales, par Zieh. (Extrait de la *Rev. intern. de rhin.*, etc., n° 4, 1892.)

Digitized by Google

Contribution à la pathologie des processus tonsillaires inflammatoires, par A. Sokolowski et L. Dnockowski. (Extrait des *Arch. intern. de lar.*, p. 331 à 348, 1891.)

A case of recurrent œdema of the upper eyelid as a symptom of nasal polypus (Un cas d'œdème récurrent de la paupière supérieure comme symptôme d'un polype nasal), par J. Dunn. (*Amer. Journ. of ophthalm.*, mai 1892.)

Des rétrécissements tuberculeux du larynx et de leur traitement, par E. Kraus. (Broch. de 42 pages, Ollier-Henry, éditeur, Paris, 1892.)

De l'eczéma de la moustache. Ses rapports avec les affections nasales, par L. Marchand. (Broch. de 64 pages, V. Martelet, éditeur, 101, rue Thiers, Troyes, 1892.)

L'intubazione della laringe, par V. Nicolaï. (Broch. de 23 pages, tipog. L. F. Cogliati, via Pantano, 26, Milan, 1892.)

I Corpi estranei del condotto uditivo esterno (Les corps étrangers du conduit auditif externe), par V. Grazzi. (Extrait de la *Gazz. degli ospitali*, nos 62-64, 1892)

Influence du traitement rhino-pharyngien dans la conjonctivite printanière et dans certaines formes de kérato-conjonctivites se rapprochant de cette affection, par J. Tétau. (Broch. de 35 pages, Ollier-Henry, éditeur, Paris, 1892.)

Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64 Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ærzte in Halle a/S 1891 (Compte rendu des travaux de la section d'otologie de la 64e réunion de l'Association des naturalistes et médecins allemands à Halle s/S. 1891, par S. Szenes. (Tirage à part du *Monats. f. Ohrenh.*, nos 10, etc., 1891.)

Bericht über die erste Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft (Compte rendu de la première réunion de la Société d'otologie allemande (17 au 18 avril 1892), par S. Szenes. (Tirage à part des *Archiv f. Ohrenheilk.*, 1892.)

Annual of the Universal medical sciences, par C. A. Sajous. (5 volumes cartonnés à l'anglaise ; prix : 125 francs. The F. A. Davis Company, publisher, Philadelphie, New York, Chicago et Londres, 1892.)

The second annual Report of the eye, ear, nose and throat hospital (2e compte rendu annuel des maladies des yeux, de l'oreille, du nez et de la gorge. (New Orleans, 1892.)

Contribution à l'étude du rôle des microorganismes dans les otites moyennes purulentes et leurs complications mastoïdiennes, par L. de Crévoisier de Vomécourt. (Broch. de 68 pages, Ollier-Henry, éditeur, Paris, 1892.)

Il massaggio nella terapia oto-rino-laringologica (Le massage dans la thérapeutique oto-rhino-laryngologique, par F. Felici. (Extrait du *Sardomuto*, n° 1, anno IV.)

Atlas der Kehlkopfkrankheiten (Atlas des maladies du larynx contenant 345 figures sur 37 planches en couleur et 23 dessins exécutés d'après nature et expliqués par R. Kriec. (Prix : 42 mks. F. Enke, éditeur, Stutgartt, 1892.)

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Boulet (Cl.) 80.8.92.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DES MÉTHODES DE CLASSIFICATION DANS LES TROUBLES NEURO-MOTEURS DU LARYNX

Par le Dr **Paul RAUGÉ**

Les troubles de motilité qui compromettent les fonctions du larynx sans intéresser son propre tissu représentent encore, à l'heure actuelle, un des chapitres les plus confus, je ne dis pas seulement de la laryngologie, mais peut-être de la pathologie tout entière.

Non certes que la question ait été négligée plus qu'une autre ou qu'on en ait méconnu l'importance. Je n'en sais aucune, au contraire, qu'on ait, dans ces dernières années, travaillée plus activement, discutée avec autant de passion et révolutionnée avec plus de zèle.

Comme elle intéresse un peu tout le monde, comme elle touche, par quelques points, non seulement aux problèmes les plus délicats de la laryngologie et de la médecine nerveuse, mais aux chapitres les plus divers de la pathologie commune, tout le monde s'est mis à l'œuvre pour en chercher la solution. Pendant que les physiologistes apportaient à l'observation clinique le concours trop dédaigné de l'expérimentation, l'anatomie essayait de fournir une base solide à ces recherches, en renouvelant de fond en comble les descriptions un peu trop schématiques que les anciens auteurs nous avaient laissées des muscles du larynx et de son appareil nerveux.

Digitized by Google

Ce qui rend en effet cette question si attrayante, et à la fois si difficile, c'est que son intérêt s'étend bien au delà des limites de la pathologie spéciale, c'est qu'elle n'est pas, comme les laryngites ou les polypes des cordes vocales, une question de laryngologie pure : non seulement on aborde avec elle les points les plus ambigus de la neuro-pathologie, depuis les atrophies dégénératives et les altérations dissociées des troncs nerveux jusqu'aux localisations cortico-cérébrales et aux lésions encore si mal connues du bulbe ; mais les affections les plus diverses présentent avec ces troubles laryngo-moteurs des relations aussi imprévues que difficiles à interpréter.

Malgré le nombre et la valeur des travaux parus sur ce sujet pendant ces vingt dernières années, la lumière est loin d'être faite non seulement sur la pathogénie, mais sur la répartition clinique de ces altérations fonctionnelles, et il n'est guère possible, pour le moment, ni de se faire une idée d'ensemble sur cette question, ni d'en grouper les éléments avec quelque méthode.

La multiplicité des conditions étiologiques qui disperse en quelque sorte leur histoire aux quatre coins de la pathologie, depuis le chapitre des anévrismes de l'aorte jusqu'à celui des tumeurs de l'œsophage, la diversité non moins grande des formes symptomatiques par où chacune de ces affections retentit sur le fonctionnement du larynx ; la difficulté qu'on rencontre à analyser la nature des lésions nerveuses et la variété des troubles musculaires qui en dépendent ; enfin, et plus que tout, les interprétations divergentes, qui permettent aux uns d'affirmer la paralysie là où d'autres voient clairement la contracture ; toutes ces causes réunies rendent extrêmement périlleuses les tentatives de systématisation et font de ce groupe morbide un chapitre sans cohésion, dont on entrevoit confusément l'ensemble sans parvenir à en classer les parties.

Loin d'avoir apporté la clarté dans ce coin sombre de la pathologie laryngée, il semble que les recherches modernes n'ont fait jusqu'à présent qu'en augmenter la confusion : les faits qu'elles ont accumulés, les opinions contradictoires

Digitized by Google

qu'elles ont mises en présence, semblent plus que jamais se refuser à toute nomenclature méthodique: ce sont des matériaux entassés pour une construction d'ensemble dont le plan est encore à chercher.

On s'est pourtant efforcé dès longtemps de réunir en un tout homogène et de disposer méthodiquement les éléments de ce groupe complexe, de catégoriser suivant une règle fixe les troubles variés que produisent dans le fonctionnement du larynx les altérations de son appareil musculaire, de rapporter chacun d'entre eux à la lésion nerveuse d'où il procède et d'en interpréter les conditions pathogéniques.

Les essais tentés dans ce sens ont varié de point de vue selon les époques, et suivi parallèlement les progrès de la science laryngologique et de la pathologie nerveuse. A chacune de ces tentatives de classification correspond une façon différente d'envisager le phénomène multiforme dont il s'agissait d'analyser et de coordonner les variétés.

Lorsqu'on cherche à décomposer la succcession des faits morbides qui relient la lésion nerveuse originelle aux manifestations symptomatiques par lesquelles cette lésion s'exprime ,on reconnaît, dans chaque variété de troubles laryngomoteurs, un enchaînement très constant, dont les détails varient à l'infini, mais dont la marche générale demeure, dans tous les cas, la même:

Une lésion d'un organe voisin, beaucoup plus rarement une altération primitive du tronc nerveux lui-même, compromet dans sa totalité, ou dans une partie de ses fibres, la conductibilité de ce tronc ; lorsqu'il s'agit d'une affection des centres, ce sont tantôt les racines nerveuses, tantôt les noyaux d'origine, le plus souvent les unes et les autres, qui subissent l'excitation anormale ou la déchéance fonctionnelle: tel est le fait originel de l'enchaînement pathogénique que je cherche à dissocier.

Cette lésion primitive entraîne, dans tout le domaine musculaire correspondant au territoire nerveux atteint, une altération de fonction dont le siège et le sens dépendent évidemment de l'étendue et de la nature de l'altération qui la produit: contracture permanente ou spasme passager si cette

Digitized by Google

altération est simplement irritative, paralysie suivie d'atrophies secondaires si la lésion a matériellement ou fonctionnellement annulé le noyau d'origine ou le conducteur nerveux. C'est tantôt d'ailleurs un muscle isolé, tantôt un groupe musculaire, c'est parfois l'appareil entier, dont l'action se trouve ainsi pervertie, soit par excès, soit par défaut, et l'on comprend quelle variété de combinaisons morbides peut réaliser, selon les hasards infiniment variés des localisations, un appareil moteur aussi compliqué que celui du larynx. Suivant que la contracture, ou la paralysie, ou toutes les deux à la fois, s'y montrent diversement réparties, associant ou opposant leurs effets partiels, la résultante symptomatique affecte, on le comprend, des formes innombrables, dans lesquelles il devient infiniment difficile de dégager les composantes, et dont on n'aperçoit que la conséquence totale.

Ce trouble de la fonction musculaire, qui est le résultat immédiat de la lésion nerveuse et comme la seconde étape du processus, détermine à son tour un effet secondaire, directement appréciable par l'examen de l'organe: il s'agit de la déformation glottique et des altérations plus ou moins étendues que subissent les mouvements des cordes: c'est le troisième anneau de la chaîne morbide; il représente la conséquence mécanique du trouble musculaire, comme le trouble musculaire lui-même était l'aboutissant physiologique de la lésion nerveuse primitive. La forme et le degré de ces déformations glottiques dépendent d'ailleurs du nombre et de l'importance des muscles compromis, aussi fatalement que le nombre des muscles atteints dépend de la topographie des lésions nerveuses. C'est ce que l'on peut nommer la manifestation laryngoscopique de la paralysie.

Mais là ne se bornent pas encore les conséquences de la lésion nerveuse originelle: la déformation de la glotte et la gêne mécanique survenue dans son fonctionnement entraînent à leur tour une série de troubles fonctionnels atteignant le larynx dans l'une ou l'autre de ses deux attributions physiologiques, dans sa fonction respiratoire si l'orifice est anormalement rétréci, dans sa fonction vocale si les cordes ont plus ou moins perdu le pouvoir de se rapprocher ou de se

Digitized by Google

tendre. Pour être le résultat le plus indirect de l'altération primitive, cette conséquence symptomatique n'en est pas moins considérable au point de vue de ses résultats pratiques : on peut même affirmer qu'elle est la plus importante de toutes, puisque c'est elle, au demeurant, qui domine le tableau clinique et constitue à elle seule la maladie tout entière.

Tels sont, en résumé, les quatre faits morbides qu'on retrouve, sous différents aspects, mais fatalement associés, dans toutes les affections neuro-motrices du larynx : à l'origine, une lésion variable, et diversement localisée, de l'appareil nerveux : c'est la base anatomique de tout le phénomène. Un trouble musculaire plus ou moins étendu succède à cette altération première. Il entraîne à son tour une déformation de la glotte, d'où résulte finalement le désordre fonctionnel qui exprime d'une manière apparente la forme symptomatique de l'affection. Chaque fait de cette série a servi successivement de point de départ théorique à la nomenclature :

Les uns, ne voyant dans le phénomène que la variété de ses formes cliniques, ont construit sur cette donnée des classifications purement symptomatiques. Soit qu'elles considèrent les manifestations extérieures de l'affection, soit qu'elles s'attachent uniquement à son aspect laryngoscopique, toutes ces classifications restent également indifférentes à la cause qui la produit.

Les autres, remontant jusqu'à la notion étiologique et négligeant les formes du phénomène pour ne s'inquiéter que de son origine, ont basé leur nomenclature uniquement sur la nature, et surtout sur le siège anatomique de la lésion nerveuse primitive.

Chacun de ces points de vue correspond, ainsi que je le disais tout à l'heure, à une phase différente de l'histoire de la question.

1° *Classification symptomatique.* — Jusqu'à l'apparition du laryngoscope, et tant qu'on ne connut les maladies du larynx que par leurs manifestations extérieures, toute classification des troubles laryngo-moteurs devait inévitablement et exclusivement dériver des variétés d'aspects de ces manifestations. Et comme l'organe ne pouvait être atteint que

Digitized by Google

dans l'une ou l'autre de ses deux attributions fonctionnelles, à moins qu'il ne le fût simultanément dans toutes les deux, la classification basée sur ces données ne pouvait être que particulièrement simple; ne distinguant dans cet ensemble que deux espèces de malades, ceux dont la respiration était troublée et ceux dont la voix était atteinte, les cliniciens de cette époque n'admettaient que deux formes de troubles laryngo-moteurs : une forme vocale, une forme respiratoire. Quant à établir dans ces deux grandes catégories autre chose que des différences de degré, quant à tenter d'y introduire des subdivisions basées sur les variétés du symptôme, sur les formes de la dyspnée ou sur les nuances de la dysphonie, c'était une tâche que ne pouvait accomplir la clinique la plus pénétrante, avec les moyens dont elle disposait alors.

Malgré son évidente insuffisance, cette nomenclature purement extérieure, qui se passe à la fois et du laryngoscope et de l'analyse physiologique, se présente avec une telle simplicité et sous une forme si pratique, que quelques-uns la conservent encore. Mais les deux cadres qu'elle admet sont manifestement trop larges : pour suffire aux besoins actuels et ne pas confondre en un même assemblage des formes évidemment dissemblables, chacun d'entre eux réclamerait au moins des subdivisions nécessaires.

2° *Classification laryngoscopique.* — Quand le laryngoscope eut fait de la cavité laryngée une région accessible à la vue, dont on put observer directement les changements d'aspects, normaux et pathologiques, on fut tout naturellement porté à tirer de ces modifications de forme les éléments de tout diagnostic et la base de toute nomenclature. L'attention se détourna subitement de la symptomatologie extérieure des affections laryngées pour se concentrer tout entière sur les déformations glottiques qu'elles entraînent, sur ce qu'on pourrait appeler leur expression iconographique.

Aucune classe d'affections ne paraissait plus propre que celle des troubles moteurs à bénéficier de la méthode nouvelle. Autant les symptômes extérieurs dont nous parlions tout à l'heure, aphonie, dysphonie ou dyspnée, étaient des phénomènes grossiers, peu susceptibles d'analyse, hors

Digitized by Google

d'état de dévoiler par eux-mêmes les nuances des troubles moteurs, voire d'en affirmer simplement l'existence, autant les déformations de la glotte étaient un signe caractéristique, capable, d'après ses variétés, de refléter toutes les combinaisons des troubles musculaires, d'en révéler les mécanismes divers et peut-être de conduire jusqu'à la lésion nerveuse originelle.

A cette idée correspondit une classification basée uniquement sur les altérations de forme que subit la glotte normale dans les différentes variétés de paralysies ou de contractures, et sur l'interprétation du trouble musculaire dissimulé derrière la déformation observée. A partir du moment où Traube eut publié le premier cas de paralysie laryngée diagnostiquée au laryngoscope, on put croire que le miroir allait donner la clef de toutes les affections de ce genre, et que chaque variété viendrait se classer d'elle-même dans un cadre logiquement établi sur le siège et sur la nature de l'altération musculaire. Si l'on n'arrivait pas ainsi jusqu'à l'origine nerveuse de l'affection, du moins on pouvait espérer que ce mode d'investigation rapporterait chaque variété de déformation glottique à son mécanisme musculaire immédiat.

On comptait sans les difficultés que présente, dans tous les cas, l'interprétation d'une déformation de cause musculaire, surtout quand elle se produit dans un appareil moteur aussi compliqué que celui du larynx. Affirmer que tel muscle est paralysé, tel autre contracturé et tel autre normal, d'après le seul examen de la forme de la glotte ou de la position des aryténoïdes, est un problème autrement difficile que de localiser la contracture ou la paralysie dans une maladie d'un membre, d'après la déformation de ce membre ou l'attitude vicieuse d'un de ses segments : or chacun sait pourtant quel problème compliqué représente déjà l'analyse précise des conditions pathogéniques qui produisent la main en griffe ou les variétés du pied-bot. Combien plus délicate encore était cette dissociation physio-pathologique dans une région comme le larynx, dont les muscles, trop profonds pour être directement accessibles, ne manifestent leurs désordres que

Digitized by Google

par la déformation d'un orifice où la vue seule peut atteindre et n'atteint qu'indirectement.

Encore eût-il fallu, pour édifier sûrement une physiologie pathologique aussi délicate, faire pour cet appareil compliqué ce que Duchenne avait fait pour les muscles des membres, établir imperturbablement l'action normale de chaque élément musculaire et baser sur ce fond solide l'analyse des états anormaux. Malheureusement, la plupart des recherches faites dans cette direction partent de cette physiologie conventionnelle qui dominait il y a quelque trente ans et qui donnait à chaque muscle du larynx des attributions aussi simples que fantaisistes. La revision nécessaire de la mécanique musculaire laryngée, par où l'on eût dû commençer, a été entreprise depuis quelques années; elle se poursuit maintenant sans relâche, transformant une à une ou complétant les données traditionnelles. Les erreurs qu'on a relevées dans les opinions anciennes rendent inacceptables aujourd'hui les déductions pathologiques qu'on avait établies sur elles et l'on ne saurait plus voir qu'un schéma suranné dans l'ingénieux et classique diagramme par lequel Elsberg, croyait, il y a dix ans, avoir résumé tous les troubles moteurs du larynx. Il est vrai que ce schéma a été depuis lors rajeuni et mis au point par M. Massei, qui a cherché à y faire entrer les formes nouvellement décrites et à l'adapter aux idées modernes sur la physiologie nerveuse et musculaire du larynx.

Malgré la précision qu'il a introduite parmi les formes variées des troubles laryngo-moteurs en rapportant chacun d'entre eux à son aspect laryngoscopique particulier et à son mécanisme probable, ce procédé de nomenclature, qui consiste à ne tenir compte que de la forme de la glotte dans l'analyse des troubles moteurs, présente cependant un inconvénient qu'il est bon de signaler. Il subdivise avec excès, il hache pour ainsi dire le sujet en autant de formes différentes qu'il y a de muscles dans le larynx, que dis-je, en autant de variétés qu'il y a de façons possibles de combiner ou d'opposer leurs paralysies ou leurs contractures. Toutes les espèces ainsi établies, très logiques sans doute au point

Digitized by Google

de vue de la physiologie pure, sont loin d'avoir l'importance clinique qu'on pourrait leur attribuer. Il s'en faut surtout que chacune d'elles se présente dans la pratique avec une même fréquence, ainsi qu'on serait tenté de le croire en les voyant énumérées, dans la plupart des traités modernes, comme une série de formes également habituelles. En réalité, s'il en est parmi elles qui se rencontrent d'une façon courante — telles la position cadavérique ou l'adduction permanente des cordes — il en est d'autres, au contraire, dont toutes les observations se publient encore et qui se comptent en infiniment petit nombre (paralysie des inter-aryténoïdiens ; abduction extrême par contracture des dilatateurs, etc.). Certes, je ne conteste pas l'utilité de cette dissociation mécanique des troubles laryngo-moteurs ni l'ingéniosité des schémas qui les représentent. C'est une façon fort élégante de faire vivre des abstractions en les matérialisant par une figure. Mais je reproche à ces schémas d'être plutôt construits sur des conceptions théoriques que déduits de l'observation du malade, d'être en somme des diagrammes dont chaque variété figure, avec une clarté et une précision par trop idéales, certaines lésions que la maladie ne réalise jamais ou réalise d'une manière exceptionnelle.

Le procédé d'après lequel tous ces schémas sont établis consiste à prendre tour à tour chacun des muscles du larynx, à imaginer, d'après ce que l'on croit savoir de son action normale, le résultat qu'aurait sa suppression fonctionnelle (paralysie) ou son action intempestive (contracture), au point de vue de la position des cordes et des dimensions de la glotte ; à exprimer graphiquement, par une figure de convention, cette déformation de l'orifice, et à mettre au-dessous de cette image anormale le nom de la lésion musculaire qui est censée la produire. Après avoir fait ce travail d'analyse physio-musculaire pour chaque muscle isolé et établi la formule de sa paralysie ou de sa contracture individuelle, on combine ces résultats de détails pour établir les conséquences que produiraient ces lésions, si elles étaient associées, si deux ou trois muscles différents, ou tout un groupe musculaire, ou tous les muscles de l'organe étaient frappés en

Digitized by Google

même temps soit de paralysie soit de contracture. On arrive de cette façon à représenter toutes les associations de troubles moteurs réalisables, toutes celles qu'on peut observer et toutes celles qu'il est possible de concevoir, en une série de figures conventionnelles qui résument d'une façon saisissante toute la physiologie pathologique des déformations glottiques d'origine musculaire.

Malgré l'utilité mnémotechnique de ces diagrammes, malgré l'intérêt théorique qui s'attache à l'analyse physio-pathologique dont ils sont comme la traduction figurative et abrégée, je tiens à répéter encore qu'on s'abuserait étrangement si l'on s'attendait à retrouver pratiquement, dans le miroir laryngien, chacune des quinze ou vingt figures qui résument ce système de nomenclature.

Cette méthode de division a du reste perdu beaucoup de son importance, depuis que l'on a reconnu le peu de variétés que présentent les paralysies isolées des muscles du larynx consécutives aux lésions matérielles de son appareil nerveux. Elle suppose, en effet, aux lésions de cet appareil une faculté de dissociation et une variabilité d'effet, que les recherches modernes semblent avoir singulièrement restreintes. On croyait autrefois qu'une altération atteignant en masse l'un des gros conducteurs nerveux de l'organe, le récurrent par exemple ou le tronc du pneumo-gastrique, pouvait réaliser des effets de détail essentiellement divers suivant que le hasard des compressions, la forme de la tumeur, son étendue ou ses rapports variables avec le nerf, exposaient telle ou telle portion du faisceau à être isolément compromise, au milieu d'autres fibres restées indemnes.

Qu'on lise à ce sujet ce qu'écrivait Ziemssen, il y a 16 ans, pour résumer les idées régnantes de l'époque : « Les paralysies isolées de certaines fibres du récurrent destinées soit aux muscles du larynx soit à la muqueuse trachéo-laryngienne peuvent résulter de lésions incomplètes de ce tronc, produites elles-mêmes soit par une compression inégalement répartie, soit par une dégénérescence partielle de ses fibres. Ce fait se montre, d'ordinaire, à la période initiale d'une lésion grave ou lentement progressive aboutissant par degré

Digitized by Google

à la perte totale du tronc nerveux, dans les cas, par exemple, d'anévrisme de l'aorte, de carcinome ; aussi peut-on presque toujours observer, avant que la paralysie totale ne soit établie, une phase initiale de paralysie partielle intéressant d'une façon prédominante tantôt un muscle et tantôt l'autre. »

Mais, dans la suite, on s'aperçut que ces lésions dissociées ne présentaient aucunement cet imprévu de localisation, partant, cette variabilité d'aspect qu'une observation incomplète leur avait gratuitement supposée jusqu'alors. MM. Rosenbach et Semon formulèrent presque en même temps une loi physio-pathologique basée sur l'étude plus attentive des faits, et qui présente, dans l'espèce, une importance capitale : ils montraient que les altérations matérielles portant sur l'appareil nerveux du larynx, loin de réaliser ces innombrables nuances symptomatiques qu'une analyse laborieuse s'ingéniait à distinguer, affectaient au contraire une constance d'allure que personne n'avait jusque-là soupçonnée:

Toutes les fois que la lésion ne détruisait pas d'une façon radicale la continuité du conducteur nerveux ou la substance grise des centres moteurs, elle aboutissait constamment, systématiquement, à une seule forme d'altération partielle, invariablement exprimée par la même formule laryngoscopique, adduction permanente des cordes, et par le même aspect symptomatique, dyspnée paroxystique à recrudescences inspiratoires avec intégrité relative de la fonction vocale.

Comme ils interprétaient cet ensemble morbide par le défaut d'action des dilatateurs, cette paralysie limitée aux abducteurs restait la seule forme de paralysie dissociée que pût produire une lésion matérielle des troncs ou des centres nerveux : par un privilège bizarre, les fibres nerveuses destinées aux dilatateurs étaient les seules qui pussent être atteintes isolément, les seules que les altérations destructives allassent choisir, comme de parti pris, au milieu du faisceau commun, pour les frapper à l'exclusion des autres.

On sait à quels efforts d'imagination on s'est livré depuis pour expliquer ce fait inexplicable, et combien les plus ingénieuses, parmi les interprétations qu'on en a proposées, sont

Digitized by Google

demeurées insuffisantes. De tous les partisans de son opinion, M. Semon est peut-être le seul qui n'ait risqué aucune théorie et s'en soit tenu prudemment à la constatation pure et simple du fait.

Interprétée comme elle le fut d'abord par MM. Horsley et Semon, l'adduction permanente des cordes représentait encore une forme de trouble moteur partiel, le dernier survivant du groupe. Mais voici que cette notion de paralysie isolée des abducteurs, qu'ils consentaient encore à accepter, se trouve à son tour gravement menacée, depuis que M. Krause insiste pour rattacher à un tout autre mécanisme le tableau symptomatique qu'on était convenu de lui attribuer.

Revenant aux idées de Krishaber, de Gouguenheim et de la plupart des auteurs français, sur la pathogénie des troubles respiratoires d'origine laryngée, et confirmant les suppositions anciennes par une série d'expériences rigoureuses, M. Krause fait de l'adduction permanente non plus une paralysie limitée aux dilatateurs, mais une contracture généralisée exprimant l'irritation totale du récurrent, comme l'état cadavérique exprime sa destruction absolue. Si l'on accepte cette façon nouvelle de concevoir les faits observés, il n'y a plus d'effets partiels produits par les altérations matérielles des nerfs laryngés, à moins bien entendu d'une lésion atteignant isolément une branche de bifurcation ; il n'y a plus que des altérations d'ensemble aboutissant suivant leur forme, et non suivant leur localisation, aux deux seules variétés cliniquement observables, à l'atrésie glottique quand elles sont irritatives, à la paralysie laryngée totale quand elles sont destructives.

Que deviennent dès lors les formes circonscrites dont parlaient les diagrammes d'Elsberg et de Massei, dont Ziemssen affirmait la fréquence, et qui tiennent encore une si large place dans les traités les plus modernes? Faut-il admettre qu'elles n'existent pas, que les descriptions qu'on en a faites n'étaient que des fantaisies d'imagination ou des erreurs de jugement clinique? Aucunement, et la plupart des tableaux qui s'y rapportent ont été réellement vus; mais ces exceptions

Digitized by Google

laryngoscopiques ne sont pas, comme on le supposait naguère, la conséquence de lésions matérielles de l'appareil nerveux ; ce sont des troubles fonctionnels, dont l'origine anatomique nous échappe presque toujours, et dont l'hystérie fait généralement les frais. On sait assez que cette cause vague se rencontre presque toujours derrière les paralysies laryngées partielles, surtout quand l'organe est atteint dans ses attributions vocales. Ce sont peut-être aussi des paralysies myopathiques primitives, reconnaissant pour origine une altération immédiate de l'élément musculaire. Quoique quelques auteurs (Mackenzie) aient certainement exagéré l'importance et la fréquence de ce mode pathogénique encore très discuté, il est certain que des causes diverses, rhumatisme, infiltration inflammatoire, compression, néoplasmes, déterminent à l'occasion, dans le larynx plus aisément peut-être que dans tout autre organe, une altération primitive de la fibre musculaire capable d'aboutir, suivant les chances de ses localisations possibles, à des manifestations partielles que ne peuvent, nous l'avons vu, réaliser en aucun cas les lésions, toujours systématiques, de l'appareil nerveux.

On comprendra mieux maintenant pourquoi je protestais tout à l'heure contre l'importance excessive attribuée à ces nuances d'aspect de la glotte morbide, qui correspondent à la paralysie isolée d'un seul, ou de deux ou trois muscles du larynx. Sans doute on peut les observer ; il est fort bon de les décrire en tant qu'expression locale de certaines conditions pathogéniques peu communes : mais il est injuste et trompeur de leur accorder autant de valeur qu'à l'adduction permanente, par exemple, ou à l'état cadavérique, qui résument presque toutes les altérations organiques de l'appareil nerveux laryngo-moteur.

3° *Classification étiologique.* — A mesure que l'on connut mieux la multiplicité de siège et de nature des lésions nerveuses qu'on peut trouver à l'origine des troubles moteurs du larynx, on se dirigea dans ce sens pour emprunter à cette notion les éléments d'une classification plus naturelle que les précédentes, et plus philosophique, puisqu'elle est fondée sur la cause même des faits observés.

Digitized by Google

Quand les anciens auteurs parlaient de troubles laryngés d'origine nerveuse, ils n'avaient dans l'esprit que ceux qui étaient dus aux altérations matérielles du récurrent, beaucoup plus rarement aux lésions du laryngé supérieur, du spinal ou du pneumo-gastrique. Mais nul ne s'était avisé que les altérations des centres pouvaient déterminer des désordres précis dans la motilité des cordes vocales et des déformations de l'image glottique. Les recherches de Duchenne sur la paralysie labio-glosso-laryngée, les travaux de Féréol et de Charcot sur les crises laryngées du tabes, commencèrent à attirer l'attention sur la provenance bulbaire de certains troubles laryngo-moteurs. On reconnut que les nerfs du larynx n'étaient pas constamment atteints dans la continuité de leur trajet, qu'ils pouvaient l'être aussi dans leurs noyaux d'origine, et l'on se mit à rechercher méthodiquement dans le bulbe l'explication de toutes les perturbations glottiques dont on ne trouvait l'origine ni dans les altérations des gros troncs nerveux, ni dans une lésion de leur voisinage.

Quelques autopsies très rigoureuses (cas d'Eisenlohr, de Bryson-Delavan) montraient en même temps que les troubles laryngés ne s'observent pas exclusivement dans les affections systématiques du bulbe, mais aussi dans les lésions en foyers, et fournissaient des bases solides à cette difficile étude d'anatomie pathologique. Malgré tout ce qu'a d'incomplet la connaissance que nous possédons à l'heure présente sur la pathogénie des symptômes laryngo-bulbaires, nous en savons assez pour pouvoir affirmer la fréquence de cette cause et pour faire à ce mode d'origine une assez large place dans le cadre étiologique des troubles moteurs laryngés.

En même temps, on reconnut que les lésions cérébrales elles-mêmes peuvent retentir sur l'appareil laryngé, soit qu'elles atteignent la région corticale, soit qu'elles interrompent la continuité intra-cérébrale des fibres d'union cortico-bulbaires.

Insuffisamment établi tout d'abord sur un certain nombre de cas anciens, à qui manquait presque toujours la consécration nécessaire fournie par le laryngoscope et par une autopsie complète, ce fait s'appuie actuellement sur des obser-

Digitized by Google

vations parfaitement solides ; je ne parle que de celles, encore trop peu nombreuses, qui présentent la garantie quasi-expérimentale de cas rigoureusement observés, sous le double contrôle de l'examen laryngoscopique et de l'anatomie pathologique. Ce n'est pas ici le lieu de rappeler la lutte qui s'est élevée, entre cliniciens et physiologistes, à propos du centre laryngé cortical. Qu'il me suffise d'affirmer que les recherches expérimentales, aussi bien celles de Krause et de Masini que celles de Semon et Horsley, s'accordent pleinement avec les observations cliniques quant à l'existence même de ce centre psycho-moteur : le dissentiment ne commence qu'en ce qui touche à son mode d'action : bilatérale et symétrique pour MM. Semon et Horsley, cette action serait, pour M. Garel, une simple action croisée, parfaitement en rapport avec les lésions hémiplégiques qu'il a observées dans le larynx.

Je ne fais qu'indiquer cette grosse question du centre laryngé, que j'ai longuement développée ailleurs. Le seul fait qui nous intéresse en ce moment, le seul que nous devons retenir, c'est qu'il y a, dans le cerveau, certains points d'où peuvent partir des troubles laryngo-moteurs, comme ils partent du bulbe ou des troncs.

Les grandes lignes de démarcation qui dominent la nomenclature étiologique s'établissent d'ailleurs sur le siège de la lésion beaucoup plus que sur sa nature, si bien que ce mode de répartition se ramène, en définitive, à une classification topographique, dont les subdivisions sont parallèles aux grandes régions anatomiques de l'appareil nerveux laryngé : troubles moteurs par lésions cérébrales, bulbaires ou périphériques.

J'ai cherché, dans ce qui précède, à montrer les trois points de vue qui dominent la répartition des troubles nerveux laryngo-moteurs. A chacun d'entre eux correspond l'un des plans de nomenclature autour desquels on peut grouper toutes les classifications possibles, anciennes ou récentes : nomenclatures symptomatiques, nomenclatures laryngoscopiques, nomenclatures étiologiques ou anatomo-topographi-

Digitized by Google

ques. Ce sont ces trois méthodes si différentes dont il nous reste à juger les tendances et à comparer la valeur :

La première, beaucoup trop large, n'admet que deux grandes divisions, évidemment insuffisantes à répartir comme il faudrait les formes variées qu'il s'agit de mettre en ordre : dire d'une paralysie qu'elle est une paralysie vocale, d'une autre qu'elle est une paralysie respiratoire, nous donne évidemment de leur apparence clinique une notion générale qui ne manque pas d'importance, mais ne saurait en aucun cas suffire à leur désigner une place précise dans une classification nosographique.

La seconde a le défaut contraire : multipliant avec excès les aspects anormaux de l'image glottique, elle a peine à trouver, en pratique, des faits correspondant aux innombrables variétés morbides dont elle admet théoriquement l'existence.

Qu'on me passe cette comparaison, la première est comme une boîte à deux compartiments, dans chacun desquels s'accumulent des éléments dissemblables, faute des subdivisions nécessaires ; l'autre est un casier à cases multiples, dont la plupart restent inoccupées, par la simple raison qu'elles sont trop nombreuses, plus nombreuses que la réalité clinique.

La troisième méthode de nomenclature, celle qui part de la lésion et de son siège, présente évidemment sur les deux précédentes une supériorité qui lui vaut, à l'heure actuelle, une préférence à peu près unanime. Déduite de l'origine même de l'affection, elle représente une division naturelle, comme les nomenclatures botaniques établies sur les grands caractères des espèces. Elle est de plus la meilleure en clinique, parce qu'elle dirige immédiatement l'esprit vers la chose la plus importante, vers la lésion originelle, c'est-à-dire, en définitive, vers la maladie proprement dite, dont le désordre laryngé n'est que le symptôme accessoire et souvent l'indice révélateur : il importe en effet beaucoup plus, en pratique, de savoir d'où provient une lésion du larynx, que de connaître exactement quels muscles sont paralysés. Malheureusement, cette classification étiologique ne saurait

Digitized by Google

être une classification complète ; il est toute une catégorie de faits qui ne peuvent y trouver place : uniquement basée sur le siège de la lésion, elle rejette forcément toutes les altérations fonctionnelles où cette lesion est absente, c'est-à-dire toutes les paralysies dissociées dont la cause, nous l'avons vu, n'est à peu près jamais matériellement saisissable.

Ce dont il faut bien se convaincre, ce que je voudrais montrer en finissant, c'est que nulle des classifications actuelles ne permet d'établir, dans les troubles neuro-moteurs du larynx, des espèces proprement dites. Ce qui fait, en pathologie, une espèce nosologique, ce n'est ni la cause qui la produit ni le symptôme qui l'exprime : c'est la réunion constante et le parallélisme exact de ces deux éléments. Or ce rapport absolu et régulier, entre la lésion et le symptôme, nous échappe encore totalement, en ce qui touche aux troubles moteurs du larynx : il nous est, jusqu'à nouvel ordre, aussi impossible d'assigner une manifestation clinique invariable à la compression du récurrent ou aux lésions du centre laryngé cortical, que d'attribuer une origine anatomique constante à la paralysie totale de la glotte ou à l'adduction permanente des cordes. Le jour où nous connaîtrons ces rapports, où nous saurons qu'à telle lésion d'un nerf périphérique, à telle altération du bulbe répond un aspect laryngoscopique déterminé et un ensemble prévu de désordres fonctionnels, qu'ils y répondent constamment et qu'eux seuls peuvent y répondre, ce jour-là seulement nous pourrons établir, en combinant cette double donnée, les individualités morbides qu'on n'est pas encore parvenu à distinguer dans ce groupe. Jusque-là, les troubles moteurs du larynx doivent être traités comme de simples symptômes et catégorisés comme tels.

C'est pour méconnaître ce principe que l'on risque si fréquemment ici des subdivisions imparfaites ou des classifications hasardeuses. On veut voir, dans les paralysies du larynx, ou dans ses contractures, de véritables espèces pathologiques et presque des maladies indépendantes. C'est là qu'est la fausse interprétation et c'est contre quoi je tiens à protester :

Digitized by Google

Une paralysie du larynx n'est pas plus une maladie en soi que le tremblement de la sclérose en plaques, le strabisme d'une tumeur cérébrale ou les convulsions de l'épilepsie. La maladie, c'est l'anévrisme de l'aorte, c'est le tabès, l'altération du bulbe ou l'adénopathie bronchique, qui sont à l'origine de la paralysie laryngée, et dont celle-ci n'est pas toujours la seule ni la plus importante manifestation. Le trouble laryngo-moteur n'est que la conséquence symptomatique, le résultat secondaire et inconstant de ces lésions primitives.

Or, pour connaître ce symtôme, il faut avant tout l'observer, sous toutes ses variétés d'aspect : pour cela, il faut le poursuivre dans le domaine presque entier de la pathologie ; il faut étudier toutes les déformations glottiques, tous les troubles vocaux ou respiratoires, tous les désordres fonctionnels que peut réaliser une paralysie du larynx. A cette énumération correspondent les deux modes de classifications qui négligent les origines de l'affection pour n'en rechercher que les apparences, l'une ne songeant qu'aux symptômes extérieurement visibles, l'autre ne voyant que l'image glottique et les aspects anormaux que le laryngoscope y révèle.

Mais on serait mal renseigné sur l'ensemble du phénomène, si l'on se bornait à en constater les aspects, sans s'efforcer d'en pénétrer les causes et de rattacher, autant que possible, toutes ses variétés de formes au siège et à la nature probable de l'altération originelle : c'est pour répondre à ce besoin qu'intervient la nomenclature étiologique.

On le voit, aucun des trois modes de nomenclature que nous avons analysés ne saurait suffire, isolé, à présenter dans leur ensemble les troubles laryngo-moteurs d'origine nerveuse. Tous trois doivent intervenir, mais intervenir successivement, pour se soutenir et se compléter : les deux premiers commandent le chapitre symptômes, le troisième domine la question d'étiologie.

Voilà pourquoi toutes les classifications qui s'appuient uniquement sur l'une ou l'autre de ces données manquent toujours par quelque point et sont inévitablement des nomen-

Digitized by Google

clatures incomplètes. Cela est si vrai, que tous les auteurs qui ont voulu suivre cette méthode exclusive, ont abouti fatalement à des combinaisons bâtardes, pour pouvoir faire entrer dans leur cadre toutes les formes qu'ils avaient à classer. C'est ainsi que M. Gottstein, après avoir décrit, dans trois premiers paragraphes, la paralysie des tenseurs, celle des constricteurs et celle des abducteurs, abandonne subitement le point de vue séméiologique pour placer les troubles moteurs dus à la compression du récurrent, aboutissant ainsi à une seconde division purement étiologique. Quant aux paralysies centrales, il les rejette à la fin de son livre, dans un chapitre surajouté, où sont successivement décrits les troubles laryngo-moteurs par lésion du cerveau, du bulbe et de la moelle.

Mackenzie fait tout le contraire : il commence par une division étiologique (lésions de la moelle allongée, de l'accessoire, du vague, du laryngé supérieur et du récurrent); puis, comme il lui reste des formes qu'il n'a pu introduire dans ce tableau, il accumule dans un chapitre distinct toutes les variétés de paralysies dissociées; c'est-à-dire que sa description, appuyée au commencement sur la seule topographie des lésions nerveuses, s'achève, sans raison, dans une énumération purement laryngoscopique.

Digitized by Google

II

SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES NODULES DES CHANTEURS

Par MM. SABRAZÈS et FRÈCHE.

PLANCHE I

(Travail du laboratoire de M. le professeur PITRES.)

I

Les laryngologistes désignent sous le nom de nodules des chanteurs des saillies blanchâtres, bien limitées, du volume d'un grain de millet ou plus petites encore et à peine visibles, localisées plus particulièrement à l'union du tiers antérieur au tiers moyen du bord libre des cordes vocales inférieures.

Ces productions, pédiculées ou sessiles, sont assez régulièrement arrondies; leur surface, habituellement lisse, peut être dentelée et comme frangée. Il existe sur un même malade tantôt un seul nodule, tantôt deux, un de chaque côté, en des points exactement symétriques. Ils surviennent, le plus souvent, à titre de complication, au cours des laryngites chroniques, chez les sujets qui abusent de la voix, et s'accompagnent de troubles fonctionnels d'une interprétation difficile, parmi lesquels il convient de mentionner la parésie des constricteurs. Cette parésie disparait parfois immédiatement après l'ablation des nodules. Ceux-ci peuvent guérir spontanément ou rester stationnaires pendant des années.

Si l'étude clinique de ces tumeurs a suscité de nombreux travaux, il n'en est pas de même de leur étude histologique. Les opinions émises relativement à leur structure ne reposent que sur un très petit nombre de faits.

Digitized by Google

M. le Dr Lichtwitz, en mettant généreusement à notre disposition des pièces qui proviennent de sa clientèle privée et de sa Clinique, nous a permis d'apporter quelques éléments nouveaux à la solution du problème. Nous ne saurions trop le remercier d'avoir bien voulu faciliter nos recherches et nous engager à les publier.

Après un exposé sommaire des observations cliniques, nous aborderons l'étude histologique des nodules enlevés et nous comparerons nos descriptions microscopiques à celles qui ont fait l'objet de récentes publications.

Observation I.

Sœur M. J..., 32 ans, institutrice.

Le début de l'affection remonte à quatre ans environ. Depuis cette époque, la voix s'éteint progressivement ; chaque soir, après la classe, l'enrouement s'exagère ; il s'accentue aussi tous les mois à l'occasion des menstrues.

En août dernier, fin de l'année scolaire, aphonie presque complète.

Examen laryngoscopique : On voit deux nodules, de la grosseur d'un grain de mil, implantés sur le tiers antérieur du bord libre des cordes ; celles-ci présentent, de plus, un épaississement diffus au niveau des points d'implantation ; elles sont notablement parésiées et atteintes d'inflammation catarrhale.

Il n'existe aucun signe d'affection broncho-pulmonaire.

Dans le courant du mois d'octobre, M. le Dr Lichtwitz enlève les deux nodules et constate, immédiatement après l'ablation, que la voix est devenue beaucoup plus claire. L'amélioration va s'accentuant malgré la persistance des épaississements diffus et de l'état catarrhal.

A la date du 20 mai, il ne reste plus qu'une très légère raucité de la voix due à l'épaississement diffus des cordes.

Observation II.

Mme P..., 31 ans, cigarière.

Vers l'âge de dix-huit ans, la malade a été atteinte d'une laryngite qui a guéri sans laisser de traces.

Il y a quatre ans, bronchite qui nécessite l'alitement pendant

Digitized by Google

un mois et qui est suivie d'une extinction progressive de la voix. Le médecin traitant, soupçonnant la tuberculose laryngée, prescrit de l'huile de foie de morue et des fumigations. En mars 1891, la malade est complètement aphone.

Examen laryngoscopique : On voit deux petites tumeurs arrondies, blanches, de la grosseur d'un grain de chènevis, occupant le bord libre des deux cordes vocales, vers la partie moyenne environ.

Pas de lésions de laryngite catarrhale; parésie des constricteurs surtout accentuée après un examen prolongé. Rien aux poumons. Pas de syphilis.

L'ablation des deux nodules est pratiquée par M. le Dr Lichtwitz, le 25 mars 1891, à l'aide d'une pince coupante. Immédiatement après l'intervention la parésie disparaît et par suite l'aphonie.

La guérison peut être considérée comme définitive; la malade, qui est revue le 2 avril 1892, a une voix très claire et ne porte pas de traces de la lésion première.

Observation III.

Sœur M..., 26 ans, institutrice.

La malade, depuis longtemps sujette à des enrouements passagers, ne peut actuellement presque plus faire sa classe. Dès qu'elle parle ou qu'elle lit à haute voix, elle éprouve une sensation de gêne dans la gorge qui lui cause une lassitude générale. L'usage prolongé de la parole aboutit à l'aphonie complète.

Examen laryngoscopique, 4 février 1892 : On constate, au milieu du bord libre de la corde vocale gauche, une petite saillie blanchâtre, de la grosseur d'un grain de chènevis, à surface régulièrement lisse. Au même niveau existe, sur la corde vocale opposée, un léger épaississement à peine perceptible.

Les cordes vocales sont nacrées et ne présentent pas la moindre trace d'état catarrhal ; elle arrivent au contact, pendant la phonation, autant que le permet le nodule; mais, si on prolonge l'examen, les cordes ne se rapprochent plus complètement; l'enrouement est dû en grande partie à la parésie des constricteurs; tant que la malade, en effet, réussit à rapprocher ses cordes, la voix est assez claire.

L'appareil broncho-pulmonaire est indemne de toute lésion.

Le 26 février, après cocaïnisation, le Dr Lichtwitz enlève la

Digitized by Google

petite saillie à l'aide de la petite pince coupante de Heymann. Immédiatement après l'ablation du nodule, la parésie des constricteurs disparaît et la voix redevient normale.

Le 31 mars, on ne trouve plus que le léger épaississement de la corde vocale droite ; à gauche, il ne reste aucune trace du nodule. L'exercice de la voix n'entraîne plus la moindre fatigue.

II

Nous n'avons pu examiner, pour chaque cas, qu'un seul des nodules enlevés.

Premier nodule (obs. I et fig. 1). — Il a le volume d'un grain de millet. Après fixation par l'alcool absolu et inclusion dans la celloïdine, des coupes en série sont pratiquées au microtome mécanique. Elles mesurent un millimètre suivant leur longueur, un demi-millimètre dans le sens de leur largeur.

La tumeur est constituée par l'épithélium épaissi et par le chorion.

L'épithélium présente :

1° A la périphérie, après coloration au carmin, une bordure jaunâtre dont l'épaisseur varie de 8 à 20 μ et qui est formée de lamelles épidermiques kératinisées dont la séparation est rendue manifeste par des traînées roses, légèrement ondulées;

2° Au-dessous, on voit une zone d'épithélium pavimenteux vivement coloré par le carmin en rouge vif, dont l'épaisseur oscille entre 24 et 80 μ. Cette couche est représentée par des cellules plates, tassées les unes contre les autres, très nettement nucléées, disposées en quatre à six rangées. On ne constate pas dans leur intérieur de granulations d'éléidine;

3° Plus bas, des cellules losangiques et, plus profondément, polyédriques, colorées en rose pâle ; les noyaux, bien apparents sur les préparations à l'éosine hématoxylique, sont de forme très irrégulière ; les uns sont allongés dans le sens transversal, les autres étranglés au centre ; d'autres enfin disposés en asters. Cette dernière disposition, qu'il est fa-

Digitized by Google

cile d'étudier à un fort grossissement (obj. 8mm,00, oc. 8 de Zeiss), domine dans les préparations ; l'épaisseur maxima de cette région est de 320 μ ; elle est coupée çà et là de lacunes irrégulières, de nature indéterminée.

Sur une coupe, on remarque, au milieu des stratifications de cellules polyédriques, un espace arrondi, d'un diamètre de 24 μ, tapissé par un épithélium semblable à celui des couches profondes de la muqueuse. Cet espace résulte, ainsi qu'en témoignent les cellules conjonctives qui entrent dans sa constitution, de la coupe transversale d'un prolongement dermique. On compte jusqu'à seize rangées de cellules polyédriques dans les parties les plus épaissies. Celles-ci, dont la substance cimentante apparaît très nettement après coloration à l'éosine hématoxylique, sont immédiatement en contact, réunies par leurs filaments d'union et forment une mosaïque régulière ; elles reposent :

4° Sur deux assises de cellules cylindriques dans l'intervalle desquelles une exploration minutieuse ne décèle pas de cellules migratrices ;

5° On trouve enfin la membrane basale colorée en rose qui mesure 16 μ.

Le chorion a, sur deux coupes, une épaisseur d'environ 3 dixièmes de millimètre. Il est représenté par un tissu connectif jeune, coloré en rose, dépourvu de faisceaux fibreux apparents, traversé de nombreuses lacunes, parsemé de cellules conjonctives d'une longueur de 8 à 12 μ. Au-dessous de la membrane basale sont quelques cellules rondes, à type embryonnaire, non disposées en amas. On ne voit pas de vaisseaux dans la trame du chorion muqueux qui forme des prolongements d'aspect papillaire sur lesquels se moulent les ondulations de l'épithélium.

On note trois de ces pseudo-papilles dans deux coupes ; leur hauteur est de 16 à 32 centièmes de millimètre, leur largeur de 8 à 20 centièmes de millimètre.

La plupart des coupes ne contiennent que les diverses couches de l'épithélium proliféré qui affecte la même distribution et les mêmes caractères que ci-dessus, sans trace de chorion. Sur quelques-unes, la couche cornée mesure jusqu'à 80 μ.

Digitized by Google

Nous avons donc affaire à un épaississement de l'épithélium pavimenteux stratifié de la corde vocale, épithélium dont les prolongements sont isolés dans la profondeur du chorion lui-même hypertrophié des apparences papillaires dénuées de vaisseaux.

Il n'existe ni globes épidermiques, ni culs-de-sac glandulaires, ni follicules clos en aucun point des préparations.

Deuxième nodule (obs. II et fig. 2). — Les coupes en série ont été faites dans le sens du plus grand diamètre après fixation par l'alcool absolu et inclusion dans la celloïdine.

Le nodule est constitué par l'épithélium proliféré ; les couches pavimenteuses sont cependant normales. La prolifération semble avoir porté sur les cellules polyédriques qui forment une vingtaine de rangées parallèles disposées sur une étendue de 31 à 40 centièmes de millimètre. Pas d'éléidine, pas de cellules migratrices. Il n'y a dans les coupes qu'une trace de chorion muqueux coloré en rouge violacé par l'éosine hématoxylique, au milieu duquel on aperçoit de nombreuses cellules plates coupées obliquement. Il n'existe dans ces préparations ni vaisseaux, ni glandes, ni follicules clos, ni apparences papillaires, ni cellules géantes.

Il s'agit donc d'un processus hyperplasique de la muqueuse limité à la zone des cellules polyédriques.

Troisième nodule (obs. III et fig. 3). — Il avait le volume d'un grain de chènevis. Après fixation par l'alcool absolu, coloration en masse par le picro-carmin, inclusion dans la paraffine, des coupes en série sont pratiquées au microtome de Viallanes. Ces coupes sont ovalaires et mesurent un millimètre et demi dans le sens du plus grand diamètre, un millimètre dans le sens du plus petit.

Première série de coupes (32). — On distingue à l'œil nu, sur des coupes au $\frac{1}{100}$ de millimètre, un épaississement qui se détache en rouge vif sur un fond rosé.

L'examen microscopique montre, en allant de la périphérie au centre :

Digitized by Google

Un épithélium pavimenteux stratifié, dénué d'ondulations papillaires, mais présentant, sur trois points bien limités, des épaississements considérables ;

α) Le premier épaississement a une largeur de 480 μ et une profondeur de 440 μ ;

β) Le deuxième, une largeur de 100 μ et une profondeur de 200 μ ;

γ) Le troisième, une largeur de 320 μ et une profondeur de 200 μ.

Ces épaississements résultent d'une augmentation considérable des couches de cellules polyédriques et cylindriques. Les parties excentriques de la muqueuse sont constituées par les assises normales de cellules plates. Au niveau des couches polyédriques, la substance cimentante est très marquée ; les noyaux, volumineux, bien colorés par le carmin, présentent des figures de karyokinèse.

On compte jusqu'à quinze couches de cellules polyédriques superposées, adjacentes, intimement reliées les unes aux autres par une substance cimentante et des filaments d'union d'une netteté parfaite à un fort grossissement, et quatre à cinq rangées de cellules cylindriques, sans interposition de cellules migratrices. Dans ces coupes, très régulières, les transitions sont parfaitement ménagées entre les cellules plates et losangiques de la périphérie et les cellules profondes. Il y a incontestablement à ce niveau une hypertrophie considérable de la muqueuse. La membrane basale a son aspect normal. Le chorion est constitué par des cellules fusiformes à prolongements bipolaires que l'on peut suivre parfois sur une étendue de 60 μ, puis par des cellules rondes, irrégulièrement disséminées, non cohérentes ; enfin, par une substance intermédiaire, teintée en rose pâle par le carmin, nettement fibrillaire, mais qui n'offre pas néanmoins la texture du tissu fibreux adulte. Cette couche est très pauvre en vaisseaux.

Dans la profondeur de la coupe, on voit quelques rares lacis de fibres élastiques. Une recherche minutieuse ne parvient à faire découvrir ni follicules clos ni éléments glandulaires. Ce chorion est traversé d'espaces clairs, sensiblement

Digitized by Google

parallèles à l'épithélium, de forme très irrégulière; sur leurs parois font saillie des cellules du tissu lamineux.

On ne saurait décrire dans ces préparations un véritable corps papillaire. Cette dénomination convient-elle, en effet, aux portions dermiques qui bordent latéralement les parties hypertrophiées de l'épithélium? Nous ne le pensons pas. On ne voit pas là le vaisseau sanguin si caractéristique de la papille; de plus, on peut suivre sur une étendue de 8 dixièmes de millimètre la muqueuse restée saine, coupée normalement à sa surface, ainsi que le démontrent les stratifications régulières des cellules, et qui ne présente aucune sinuosité déterminée par des papilles.

Deuxième série (32 coupes au 1/100 de millim.). — Mêmes constatations que ci-dessus. Les prolongements épithéliaux sont beaucoup plus accentués (l'un d'eux se chiffre par 12 dixièmes de millim.). Dans leur intimité, on voit quelques sections transversales ou obliques de saillies dermiques emprisonnées au milieu des boudins épithéliaux. Pas de vaisseaux apparents dans ces coupes.

Troisième série (18 coupes au 1/100 de millim.). — Il existe trois épaississements marqués de l'épithélium répondant à ceux que nous avons longuement décrits. Le chorion offre les caractères sus-indiqués; on y trouve toutefois la section oblique d'un vaisseau dont la structure est normale et qui est rempli d'une nappe jaune de globules sanguins. Ce vaisseau, dont le diamètre est de 40 μ, est le seul que nous ayons rencontré en parcourant les diverses séries de coupes.

Ici encore, nous sommes en présence d'hypertrophies limitées de l'épithélium, qui a conservé ses caractères typiques. Le chorion fibro-élastique, épaissi, est notablement moins riche en vaisseaux que normalement.

III

Ces résultats méritent d'être rapprochés de ceux obtenus par Kanthack et publiés par lui dans le *Monatschrift für*

Digitized by Google

Ohrenheilkunde (1889). Il a examiné trois nodules des chanteurs (1). Dans le premier cas, il a noté une hyperplasie simple de l'épithélium et du tissu fibro-élastique; la surface muqueuse était inégale, ondulée, hyperkératosée, et envoyait des prolongements dans la profondeur du chorion.

Dans le second cas, l'épithélium, non épaissi, kératinisé, était hérissé d'élevures analogues aux papilles de la langue, mais plus petites. Des saillies papilliformes apparaissaient sur la corde vocale autour du nodule; il y avait, en outre, une infiltration embryonnaire notable du chorion immédiatement au-dessous de la membrane basale. Les amas épaissis de fibres élastiques étaient par places distendus par les cellules rondes intercalées; dans la trame du nodule se trouvaient deux ou trois fentes remplies, sur le vivant, d'un liquide probablement séreux.

Dans le troisième cas, on constatait une hyperplasie considérable de l'épithélium, dont les couches supérieures étaient cornées et dont les prolongements limitaient, dans l'épaisseur du derme, des papilles bien développées, mais le plus souvent dépourvues de vaisseaux et constituées par un stroma mucoïde riche en cellules rondes.

Kanthack déclare qu'il n'a jamais trouvé de glandes dans ces diverses coupes.

Telle n'est pas l'opinion de Fraenkel (2). Cet auteur, en effet, attribue aux nodules des chanteurs une origine glandulaire.

Si nous consultons les travaux relatifs à la muqueuse du larynx, la thèse de M. le professeur Coyne (3), par exemple, nous y voyons qu'on ne rencontre pas de glandes vers le bord libre de la corde vocale inférieure; « les canaux excréteurs de celles qui avoisinent le plus cette région viennent se terminer soit dans le ventricule du larynx, avant le point où apparaissent les papilles, soit dans la portion sous-

(1) L'auteur en fait une description histologique assez brève et dépourvue de figures.

(2) Fraenkel, *Berlin. klin. Woch.*, p. 941, 28 octobre 1889.

(3) Coyne, Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx, etc. (*Thèse de Paris*, 1874).

Digitized by Google

glottique, à l'endroit où ces mêmes papilles cessent d'exister. » Il y a un groupe glandulaire sur la face supérieure de la corde vocale inférieure; son canal excréteur s'ouvre près du bord libre qu'il arrose. On en rencontre un autre dans la région sous-papillaire de la même corde vocale.

Kanthack (1) a confirmé cette opinion; pour lui, les glandes des cordes vocales inférieures sont simplement *avoisinantes* et siègent au niveau des apophyses vocales.

Nous-même avons vérifié la réalité de ces dispositions anatomiques sur de nombreuses coupes en série dans lesquelles nous retrouvions en outre la région papillaire révoquée en doute par Kanthack, avec ses vaisseaux si régulièrement distribués.

Ces recherches d'histologie normale et pathologique nous autorisent à penser que les nodules des chanteurs ne sauraient être rattachés à une tuméfaction des glandes glottiques.

D'après Stœrk (2), les nodules sont formés le plus souvent de tissu conjonctif, de fibres élastiques et d'un épithélium pavimenteux proliféré; la muqueuse ne conserverait que très rarement sa texture normale. Cette affirmation manquait, lorsqu'elle fut formulée, de pièces justificatives.

Schrötter (3) croit qu'il s'agit de lésions variables dont la nature est d'autant plus douteuse qu'il n'existe pas de recherches anatomiques suffisantes pour entraîner la conviction. Sans doute, il s'agit souvent de proliférations circonscrites de l'épithélium; dans d'autres cas, d'une hypertrophie des papilles, sans qu'on puisse parler de papillomes, puisqu'on n'a presque jamais vu les nodules récidiver.

Jurasz (4), qui désigne ces productions sous le nom de

(1) Kanthack, Studien über die histologie der Larynxschleimhaut (*Virchow's Archiv*, Band 118, p. 136, 1889).

(2) Cité par Wagnier (de Lille). Des nodules des cordes vocales (*Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1888).

(3) Schrötter, *Vorlesungen über die krankheiten des Kehlkopfes der Luftröhre*, etc., fasc. 2, 1887, et fasc. 5, 1891.

(4) A. Jurasz, *Die Krankheiten der oberen Luftwege*, III, Heidelberg, 1892, p. 359, 365.

Digitized by Google

nodules inflammatoires, vient d'en rapporter vingt cas : il en fait aussi des hypertrophies circonscrites des éléments de la muqueuse sans fournir des preuves histologiques à l'appui de son hypothèse.

Doit-on rapprocher ces nodules de l'affection dénommée par Türck (1) *chorditis tuberosa* ou *trachoma* des cordes vocales, et qui consiste en un épaississement rugueux produit par de petites tumeurs confluentes résultant elles-mêmes d'une hyperplasie conjonctive du chorion et de modifications subies par l'épithélium. Morell-Mackenzie (2) a rencontré chez les chanteurs quelques cas très tenaces de cette dernière affection. En général, un traitement prolongé par les remèdes locaux fortement astringents (perchlorure de fer 8/30) ou caustiques (nitrate d'argent 4/30) peut assurer la guérison.

M. Wagnier (3) tend à considérer les nodules des chanteurs comme une forme bénigne et localisée de cette dernière lésion. Des examens microscopiques comparés sont nécessaires pour accréditer cette opinion qui, jusqu'à plus ample informé, doit être considérée comme purement hypothétique.

En résumé, les nodules des chanteurs sont constitués histologiquement par des hypertrophies limitées de l'épithélium et du chorion muqueux. Tantôt l'épaississement de l'épithélium est prédominant, et, dans ce cas, ou bien l'hyperplasie intéresse les diverses couches cellulaires, ou bien elle porte plus particulièrement sur l'une d'elles et s'accompagne soit de kératinisation en excès, soit d'une multiplication exagérée des cellules polyédriques : tantôt le chorion réagit plus vivement sous la forme de saillies papillaires.

Le plus souvent l'épithélium et le chorion participent à l'épaississement; celui-ci est d'autant plus appréciable que le revêtement muqueux du bord libre des cordes vocales est

(1) Türck, *Klinik der krank. der kehlkopfes*, etc. Wien. 1866.
(2) Morell-Mackenzie, *Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée*, traduit de l'anglais et annoté par MM. les Drs Moure et Bertier.
(3) Wagnier, *loc. cit.*

Digitized by Google

Digitized by Google

il
le
ui

de
les
ro-
es
s

Digitized by Google

Fig. I

Fig. II

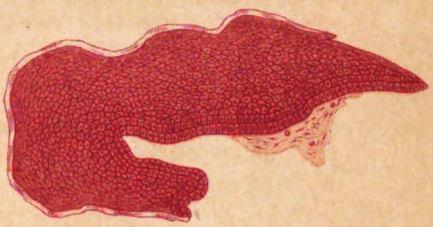


Fig. III

Digitized by Google

Lith. P. Chameau, Bordeaux.

Digitized by Google

normalement extrêmement mince puisqu'il mesure à peine, d'après Heymann (1), de 23 à 26 μ.

(1) Heymann, Beitrag zur kenntniss des Epithels und der Drüsen des menschlichen kehlkopfes im gesunden und im kranken Zustande (*Virchow's Archiv.*, Band CXVIII, 2, 1889).

EXPLICATION DES FIGURES

Fig. I (Verick obj. 2, oc. 3).

Coupe du premier nodule : on y voit régulièrement étagées les diverses couches de l'épithélium épaissi ; à la périphérie, bordure de lamelles cornées ; au-dessous, zone de cellules plates nettement nucléées ; plus bas, cellules losangiques, polyédiques, cylindriques. La membrane basale forme un liséré rose pâle entre l'épithélium et les saillies dermiques d'aspect papillaire.

Fig. 2 (Verick obj. 2, oc. 3).

Le deuxième nodule est en grande partie constitué par des rangées parallèles de cellules polyédriques, disposées en mosaïque régulière ; le chorion y est à peine représenté.

Fig. 3 (Verick obj. 2, oc. 3).

Cette coupe montre trois épaississements épithéliaux qui résultent d'une hyperplasie des cellules prolyédriques et cylindriques. Le chorion fibro-élastique dépourvu de vaisseaux en ce point ne présente pas d'ondulations papillaires bien marquées sur les parties restées saines de la muqueuse.

Digitized by Google

III

DESTRUCTION PRESQUE TOTALE DU VOILE DU PALAIS CORRIGÉE PAR UN PALAIS MOU ARTIFICIEL, PRODUISANT NON SEULEMENT UNE GRANDE AMÉLIORATION DE LA PAROLE, MAIS UN ACCROISSEMENT IMMÉDIAT DE L'AUDITION.

Par le Dr **James THORINGTON**, assistant de la clinique pour les maladies de la gorge du *Jefferson Medical College Hospital* de Philadelphie (1).

L. B., âgée de 16 ans, née à Philadelphie de parents anglais, de petite stature et petits traits; elle tient de ses parents de ce côté. Les antécédents de famille sont bons. La menstruation est apparue il y a un an, normale et régulière. Elle s'occupe chez elle des travaux de la maison.

Etat général bon jusqu'en juillet 1884, époque à laquelle elle contracta la fièvre scarlatine, suivie, au bout de deux semaines, de diphtérie. Elle garda le lit et la maison pendant les six mois consécutifs, durant lesquels elle fut examinée par plusieurs médecins, et elle fut considérée comme guérie, lors d'une consultation. La malade raconte que sa gorge a été le principal point du traitement elle y a effectué des lavages, des gargarismes, etc., etc., qui lui avaient été recommandés. Il n'est pas certain qu'elle ait subi de cautérisation de la gorge. Un médecin déploya tellement de brutalité en pratiquant l'examen avec le manche d'une cuiller, qu'il fit sauter quatre dents qui branlaient, et coupa ou lacéra la commissure gauche de la bouche à la distance d'un demi-pouce, laissant une cicatrice de peau irrégulière.

La voix de la malade a un nasillement très prononcé, et quand elle cause, ou peut voir distinctement les ailes du nez

(1) Ce cas, montré à la clinique pour les maladies de la gorge du *Jefferson Medical College Hospital* en janvier 1892, m'a été confié par le professeur J. Solis Cohen pour le traitement de l'affection et l'application d'un appareil devant suppléer à l'insuffisance du palais mou.

Digitized by Google

ouvrir et fermer l'orifice nasal. Jamais les aliments ni les liquides n'ont passé à travers les fosses nasales postérieures pour revenir par le nez.

La malade est dure d'oreille; elle prête grande attention aux lèvres des personnes qui parlent; et raconte que toujours, depuis sa scarlatine, elle a eu un écoulement d'o-

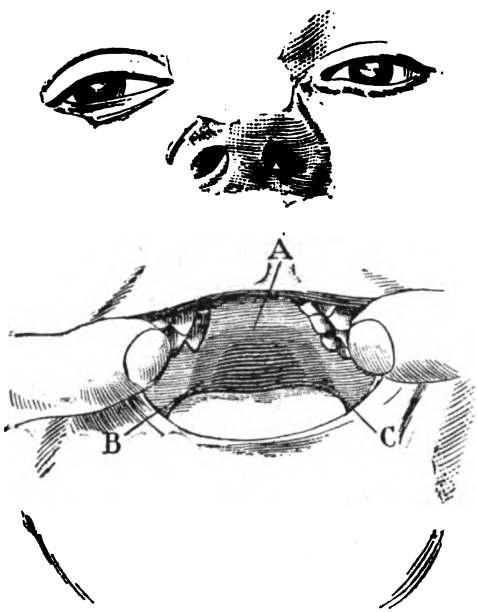


FIGURE I

Bouche maintenue ouverte à l'aide des index.

A. — Bande uvulaire ou cicatrice.
B. — Piliers palatins droits, montrés tels que.
C. — Piliers palatins gauches, montrés tels que.

reilles bilatéral, d'un pus de couleur claire ayant une odeur très désagréable; cet écoulement était tout à fait épais (*crémeux*) et parfois d'une consistance aqueuse. Elle a eu l'occasion de remarquer qu'en toussant, en éternuant ou en saignant du nez, l'air passait à travers les oreilles et en ressortait. Elle n'a suivi aucun conseil ou traitement médical depuis sa convalescence.

Digitized by Google

État actuel. En regardant dans la bouche ouverte (voir figure I 1/2 de grandeur nature) toutes les dents sont en place, excepté les deux incisives supérieures, qui sont caduques. Les dents supérieures sont irrégulièrement plantées (Voir les bords du palais planche F, figures II et III).

Le palais est étroit et profond. Langue normale. Le voile palatin présente une absence complète de luette, et à sa place, une bande cicatricielle large (antéro-postérieure), d'un rouge éclatant comparativement aux tissus pâles environnants,

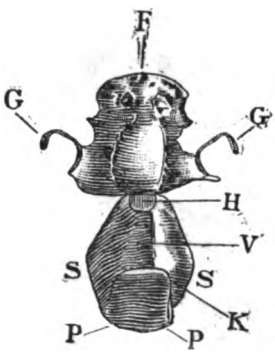


FIGURE II

Surface supérieure du palais artificiel.

F. — Base de la plaque.
G, B. — Bandes d'or.
H. — Partie supérieure du clou d'or (Voir H, figure III).
K. — Eperon du voile.
P. P. — Bord postérieur ou pharyngé du voile.
S. et S. — Surfaces latérales ou arcs du voile.

s'étend en travers et met en communication par leur sommet, les piliers latéraux de chaque côté (figure I). Ces piliers, le droit en particulier, sont aussi des bandes cicatricielles larges, et se fixent tous deux, presque à leur jonction, à une petite distance de la bande uvulaire, dont ils peuvent être séparés par l'extrémité d'un stylet. (B. et C. figure I). Les amygdales manquent. Quand la voix retentit, il ne se manifeste aucun mouvement du pilier antérieur droit; le pilier postérieur se meut faiblement; les piliers gauches contractent aussi quelque peu la bande uvulaire surtout sa moitié gauche.

Digitized by Google

L'examen digital prouve que le pilier antérieur droit est une cicatrice ferme et inflexible, sans aucune indication de

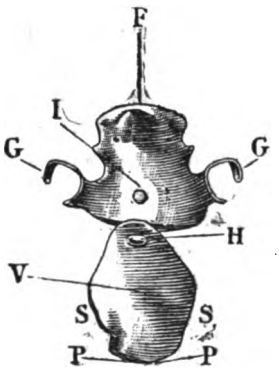


FIGURE III

Surface inférieure du palais artificiel.

I. — Assujettissement des bandes d'or qui passent pour former le clou H. (figures II et III). Les autres lettres de même qu'à la figure II.

tissu musculaire quelconque. Les piliers gauches, la bande uvulaire et le pilier droit postérieur, sont composés d'une

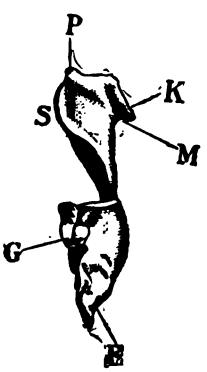


FIGURE IV

Palais artificiel vu du côté droit.

K. — Éperon du voile. Les autres lettres comme aux figures II et III.

grande quantité de tissu cicatriciel mais quelques fibres musculaires ont subsisté. Le pharynx buccal, cette partie du

Digitized by Google

pharynx qu'on voit à travers la bouche largement ouverte, est large, rayonnée ou cicatrisée en forme d'araignée, dont le corps serait le centre du pharynx buccal et ses nombreux rameaux ou branches, partent en autant de directions à partir de là. En regardant avec le miroir l'espace post-nasal, le muscle tenseur palatin gauche paraît faire saillie comparativement à son congénère du côté opposé, qui est formé de tissu muqueux et a une faible action musculaire ; le résultat est une forme irrégulière de l'entrée de l'espace post-nasal en bas (K. figure II). Les diverses parties qu'on voit dans l'espace post-nasal : septum, cornets, entrée des trompes d'Eustache, etc., sont à peu près normales sauf un peu d'épaississement chronique de la membrane muqueuse, l'état normal des trompes d'Eustache eut d'ailleurs de l'importance sur le résultat du traitement, comme je l'expliquerai plus tard. Larynx normal.

Examen des oreilles. Pavillons normaux, après l'enlèvement du pus, les conduits auditifs sont trouvés étroits, profonds et macérés, mais à cause de la sensibilité ou de la crainte de la malade, il était impossible de reconnaître les membranes ou les osselets. On fit pénétrer de l'air dans les oreilles. Audition à la montre à droite : 5/60; à gauche, 4/60.

Le *traitement* fut partagé en trois parties :

1° Modifications des parties post-nasales et pharyngées ;

2° L'otorrhée;

3° Application d'un appareil artificiel pour obvier à ces diverses lésions et améliorer la parole et, s'il est possible, l'ouïe. Les parties étaient si contractées et le tissu musculaire si rare, qu'on n'eut pas l'idée d'intervenir chirurgicalement.

La malade étant en bonne santé apparente, il était inutile de lui prescrire un traitement constitutionnel. Une consultation avec un dentiste démontra la possibilité de faire un voile, qui aiderait la malade à parler et améliorerait peut-être l'audition; cette possibilité étant basée sur l'aide supposée que prêterait l'existence des fibres musculaires des piliers postérieurs droit et gauche pour actionner le voile

Digitized by Google

artificiel. Pendant l'intervalle de la confection de ce voile, on s'occupa du traitement modificateur de la gorge et des oreilles.

Pour la gorge, on employa des lavages alcalins de forces diverses, afin de nettoyer et dégager les parties d'un mucus épais et tenace, accumulé en grande quantité. Par ce traitement, la sécrétion diminua en quantité, ténacité ou épaisseur, et à la suite de l'emploi, pendant une semaine, d'une solution iodée, l'épaisseur des membranes diminua notablement.

Les conduits auditifs furent nettoyés au moyen d'une faible solution de peroxyde d'hydrogène et séchés avec du coton absorbant et des insufflations quotidiennes d'acide borique. Au bout de quelques jours de ce traitement, la mauvaise odeur de l'écoulement disparut et, neuf semaines après, l'écoulement de l'oreille droite cessa; celui de l'oreille gauche disparut au bout de douze semaines. Au bout de ce temps, le cérumen apparut, pour la première fois depuis la scarlatine. Audition à la montre : oreille droite, 7/60; gauche, 7/60. Chaque oreille présente l'absence de membrane du tympan et des osselets. On voit le promontoire et le pied de l'étrier restant dans la fenêtre ovale.

Les figures II, III et IV montrent le palais artificiel à moitié de la grandeur normale; les surfaces supérieures, inférieures et droite latérales, respectivement. F, dans chaque figure est la base de la plaque, ou la plaque qui s'ajuste à la base de la bouche ; elle est composée de gomme vulcanisée; et c'est exactement de la même espèce qu'est la plaque employée pour la rangée supérieure de dents fausses. GG, dans les figures II et III, indiquent des crampons d'or, qui sont assujettis autour de la première molaire, pour maintenir la base de la plaque en place. I, dans la figure III, est l'extrémité fixée d'une étroite pièce d'or, qui retourne à travers la substance de la base de la plaque, à l'H, figures II et III, où elle est fixée dans un clou, qui retient le voile V, figures II, III et IV.

Le voile est composé de gomme rouge, molle, très flexible, et reprenant sa forme originale sitôt que la pression cesse.

Digitized by Google

K, figure II et IV est une proéminence concave, ou éperon, qui s'adapte avec l'espace naso-pharyngien. M. figure IV, montre la partie antérieure de l'éperon, qui approche du dos de la bande uvulaire, n'exerçant aucune pression par elle-même, mais juste assez près pour recevoir une pression au moment de la contraction musculaire. Le bord supérieur de l'éperon, quand il est en position, est juste au-dessous du plancher des fosses nasales. La forme irrégulière de la tête de l'éperon sera signalée sur la figure II.

En mettant en place cette pièce unique comme travail, il est entendu d'après la description donnée ci-dessus, que le voile étant au repos, les bords marqués S et S, s'appuyent sûrement contre les arcs palatins, et que le bord postérieur ou pharyngé PP, figures II, III et IV fait saillie ou pend de la paroi pharyngienne, laissant un espace de moins de deux huitièmes (2/8) de pouce, et à présent tout à fait suffisant à assurer une libre respiration à travers les narines et à permettre aux sécrétions de passer d'avant en arrière.

Nous demandons à la malade de parler en ouvrant largement la bouche, l'arc gauche et le tenseur palatin se contractent comme S, figure II, et poussent le voile en haut et en arrière; en même temps, le pharynx se contracte, est projeté en avant et rejoint le voile à PP; fermant ainsi complètement le passage nasal, et dirigeant la voix à travers la bouche. Le voile artificiel prend la place du voile normal, en ouvrant et en fermant le passage nasal, comme en parlant ou en avalant.

Quant au voile lui-même, il y a beaucoup à dire en sa faveur. Le danger qu'il se détache ou soit avalé est à peu près nul, quand on regarde comme il est sûrement fixé par le clou H, figures II et III. Quant à la dimension, comparativement à la plus petite dimension de l'ouverture laryngée, il serait impossible qu'il prît ce chemin, à moins qu'il ne soit détaché.

Le risque d'irriter les parties avec lesquelles il est en contact, a été envisagé attentivement et pour cette raison on a confectionné d'abord la gomme molle actuelle et comme elle n'a pas provoqué d'inflammation ou de désagrément, on est

Digitized by Google

en train de construire un voile en gomme dure. Une importante raison peut être que le voile n'ait pas irrité la muqueuse, est l'état insensible cicatriciel des parties.

Les sécrétions s'accumulent à sa surface supérieure, surtout si elles sont épaisses et, comme conséquence, il y a une diminution de l'audition sans aucun doute par la pression ou l'oblitération des trompes d'Eustache. C'est le seul inconvénient résultant de l'emploi du voile, mais la malade peut aisément y remédier en enlevant et en nettoyant le voile et les parties. Cela n'offre aucune difficulté ; la malade passe l'index dans GG (figure II) et, rabattant les crampons d'or, la plaque tombe et est enlevée de la bouche, nettoyée à l'eau tiède, et ensuite réinsérée en la passant bien en arrière et, en mettant les crampons d'or en haut des premières molaires et en pressant au-dessus, elle se met facilement en place.

Le voile a été fait aussi léger et mince que possible, et il s'approche le plus près possible du pharynx buccal quand il est en action. Si l'on pouvait donner plus d'espace que les deux huitièmes actuels (2/8) de pouce entre son bord postérieure et le pharynx buccal au repos, il n'y aurait pas autant de sécrétion, mais on ne pourrait pas faire cela sans laisser une ouverture dans le passage nasal, pendant l'action du voile, et ce serait la ruine de l'usage auquel il est destiné. On espère que par l'usage du voile, la membrane muqueuse continuera à se fortifier et que la sécrétion sera assez peu abondante, pour s'écouler librement toujours à travers l'espace permis, et à l'aide de l'inspiration nasale, la malade pourra pousser le mucus dans la gorge. En raison de la rétention de la sécrétion, la malade ne peut porter le voile pendant son sommeil. Deux mécanismes étant utiles à la parole, le larynx et la bouche (le vibrateur et le résonnateur) et la voix normale réclamant une parfaite coordination des deux, le voile dans ce cas, en suppléant aux insuffisances des parties, donne une résonnance à peu près parfaite et doit atténuer sensiblement les nasillements passés. Ce nasillement diminuera graduellement et finira par disparaître quand la malade perdra l'habitude de fermer ses narines au

Digitized by Google

moyen des ailes du nez. Avant l'emploi du voile, en prononçant les mots dans lesquels les lettres E ou S étaient suivies d'une voyelle, il y avait un son marqué de Th. mais ce défaut a aujourd'hui complètement disparu.

Six était prononcé *Thix.*

Seven était prononcé *Theven.*

Sound était prononcé *Thound.*

Susie était prononcé *Thuthie.*

Cider était prononcé *Thider.*

Cincinnati était prononcé *Thinthinnati*, etc.

L'amélioration de l'ouïe survenue à la suite de l'emploi du voile, est un avantage qui égale l'amélioration de la parole, s'il ne le dépasse pas. Ainsi que le dit le titre de cet article, l'audition s'améliora immédiatement et a augmenté graduellement, de sorte qu'au moment où j'écris, six semaines après la première application du voile, l'ouïe a atteint R. et L. montre 31/60. Quand on enlève le voile, l'audition décroît à R. et L. montre 7/31, démontrant que l'amélioration est surtout mécanique, i, e, par l'appui donné aux trompes d'Eustaches. Si les entrées des trompes avaient souffert d'ulcérations, comme les autres tissus, il n'est pas du tout probable que le voile aurait amélioré l'audition.

A la suite de l'amélioration de l'audition et de la parole, la malade redevint gaie et à présent elle jouit de son entourage et de ses camarades avec plus de satisfaction qu'à aucune époque depuis la guérison de sa scarlatine.

Le professeur Cohen, qui vient d'examiner ce cas, déclare que c'est le résultat le plus heureux qu'il ait observé à la suite d'une destruction aussi étendue des tissus.

BIBLIOGRAPHIE

Beiträge zur diagnose und Therapie des Kieferhoehlenempyems (Contribution au diagnostic et au traitement de l'empyème du sinus maxillaire), par le Dr Kafemann. (A. W. Kafemann, Danzig, 1892.)

L'auteur est un partisan convaincu de la trépanation du

Digitized by Google

sinus maxillaire par le rebord alvéolaire autant pour le diagnostic que pour le traitement. Le lavage est le seul moyen sûr d'établir le diagnostic dans les cas difficiles, tandis que l'éclairage et même la ponction exploratrice ne donnent guère de renseignements que dans les cas où tous les autres symptômes existent et les rendent superflus. La trépanation alvéolaire est absolument inoffensive, l'orifice est d'un accès facile pour le patient, ce qui n'est pas le cas pour l'orifice naturel ou artificiel de la paroi externe du nez. Si toutes les dents étaient bonnes, ce qui est rare, l'orifice serait pratiqué dans un espace interalvéolaire. L'auteur relate trois cas où l'extraction pure et simple d'une racine infectée a ouvert le sinus maxillaire. Dans cos trois cas, la guérison radicale est survenue sans autre traitement.

Jusqu'à présent, on ne possède pas de moyen de traitement satisfaisant. Malgré les lavages et les insufflations d'iodoforme, la majorité des cas traînent des mois et des années; d'autres, guéris en apparence, récidivent. Aussi l'auteur fait-il porter pendant un an une sorte de bouchon en argent, fixé à une dent voisine, et qui maintient l'orifice ouvert pour les lavages en cas de récidive. Statistique de 40 cas. M. N. W.

Du traitement chirurgical de la phtisie laryngée, par le Dr R. Kafemann. (*Leçon inaugurale*, 13 juin 1892. A. W. Kafemann, Danzig, 1892.)

L'étude anatomique des tumeurs et des végétations tuberculeuses du larynx montre que les bacilles, les tubercules jeunes et proliférants se trouvent surtout dans la profondeur; les badigeonnages ne peuvent avoir d'action que sur les parties superficielles, où ils attaquent surtout les microorganismes associés au processus tuberculeux et non ce processus lui-même.

Il n'y a de rationnel que le traitement chirurgical, l'ablation des tumeurs, l'électrolyse de leur base d'implantation, le curetage des végétations. Après cette intervention, les différentes applications caustiques et antiseptiques trouvent leur raison d'être. Il est démontré, grâce à Heryng, que la tuberculose laryngée, même grave, peut être guérie radicalement, pourvu que l'état général du malade soit encore satisfaisant. M. N. W.

Wesen und werth der Liebreichschen Serumtherapie (Du traitement par le sérum de Liebreich et de sa valeur), par le Dr

Digitized by Google

Hennig, de Königsberg. (9 gravures, 2 courbes thermiques. A. Langkammer, éditeur, Leipzig, 1892.)

Le traitement de Liebreich consiste dans l'injection sous-cutanée de cantharidates de soude ou de potasse chez les tuberculeux. L'auteur apporte 40 observations, dont 23 se rapportant à des tuberculoses pulmonaires, laryngées, ostéo-articulaires, et 17 à d'autres processus pathologiques : laryngites aiguës et chroniques, aphonie menstruelle, actinomycose. Dans tous les cas non tuberculeux, la guérison ou une amélioration considérable ont été obtenues en quelques jours ou quelques semaines avec un nombre d'injections variant de 3 à 26. Le malade atteint d'actinomycose, très aggravé par les injections de Koch, est mort après 9 injections cantharidiques. Les tuberculeux, sauf un cas de tuberculose miliaire, se sont souvent trouvés extrêmement améliorés par la méthode de Liebreich, tout en continuant leurs occupations et sans suivre aucune espèce de traitement général. Le nombre des injections a été de 14, 16, 32, max. 54 dans l'espace de plusieurs mois. La dose injectée est de 0,0001-0,0002, le siège habituel de l'injection est le tissu cellulaire interscapulaire. L'auteur n'a jamais observé de réaction fébrile, quelquefois des symptômes de cystite, rarement de néphrite passagère et sans gravité. Localement il y a de la tuméfaction et une douleur cuisante souvent fort vive. Notons que toutes les observations datent de six mois au plus.

En dehors des observations rapportées, l'auteur en a recueillies 53 autres en combinant la méthode de Liebreich au traitement par la créosote, le dermatol, etc. Les résultats ont été encore plus encourageants. M. N. W.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Compte rendu par F. Peltesohn.

Séance du 15 *juillet* 1892.

Landgraf présente un cas de *prolapsus du ventricule droit.* L'aspect est très caractéristique. Le malade se plaint d'enrouement et de douleurs dans le cou. Il ne tousse pas. Du reste on peut, à l'aide d'une sonde, réduire le ventricule hernié.

Digitized by Google

Rosenberg décrit un cas absolument semblable, dans lequel le repli ectopié fut opéré. Toutefois il apparut bientôt une récidive.

B. Fraenkel croit qu'il y a une perte de substance du processus vocal et du cartilage aryténoïde droit, et il suppose qu'il s'agissait, ici, d'un processus périchondritique.

Edmond Meyer parle des *néoformations de la trachée*, et présente un ferblantier âgé de 52 ans, qui souffre depuis plusieurs années d'un goitre assez volumineux et dur. Depuis quelques temps, il s'est produit, surtout pendant la nuit, une gêne marquée de la respiration. A l'examen laryngoscopique, on voit que la glotte est déviée, la trachée tournée autour de son axe et comprimée. En outre on voit dans la trachée une tumeur de la grosseur d'un haricot, de consistance ferme. Meyer rappelle une observation, rapportée par *Paltauf* en 1891, de glande thyroïde insérée entre les anneaux de la trachée et qui avait fait penser à une tumeur de la trachée.

Scheier traite de *l'intubation du larynx*. Il a traité 18 cas de diphtérie grave par l'intubation. Sur ce nombre il y eut un enfant qu'on trachéotomisa sur-le-champ, parce que l'intubation échoua; 4 autres furent également trachéotomisés, l'intubation n'ayant pas donné de résultat. Sur les 13 autres enfants, 2 furent guéris par l'intubation seule, et un ne guérit qu'après une trachéotomie consécutive. Les 10 autres malades durent finalement être tous trachéotomisés et moururent. Deux d'entre eux étaient âgés de moins de 2 ans. La cause de la mort fut le croup descendant.

Scheier discute la méthode de l'intubation, la nécessité d'avoir un personnel d'infirmiers accoutumés et le rejet des tubes par la toux. Ce dernier accident est généralement causé par l'engorgement du tube par le mucus et les membranes. Il n'y eut la plupart du temps aucune difficulté pour nourrir le malade. Ce n'est que dans 3 cas qu'on dut enlever le tube avant chaque repas. Dans un cas, il fallut employer la sonde œsophagienne. Il se produisit dans 2 cas du décubitus de la trachée et, dans un troisième cas où le tube resta 6 jours en place, on remarqua une érosion de la corde vocale gauche.

Le tubage fut pratiqué consécutivement à la trachéotomie :

1° Sur un enfant de 2 ans, chez lequel, à la suite de l'incision trachéale qui avait été pratiquée trop petite dans l'angle supérieur de la plaie, il se forma une sorte de septum dans la trachée, qui empêchait l'enlèvement de la canule trachéale;

Digitized by Google

2° Dans un cas de tumeur granuleuse chez un garçon de 10 ans. Guérison au bout de 8 jours ;

3° Dans un cas de diphtérie de la plaie du cou avec violentes hémorragies et granulations dans la trachée. Guérison ;

4° Dans un cas très avancé de diphtérie de la plaie, avec nécrose profonde du cartilage.

Pour des sténoses chroniques du cou on traita :

1° Un cas de fracture des cartilages thyroïde et cricoïde produit par un coup de pied chez un homme de 28 ans;

2° Deux cas de syphilis. Laryngo-fissure, excision de la cicatrice, bougies d'étain de Schrœtter, puis intubation;

3° Un cas de crampe fonctionnelle inspiratoire de la glotte ;

4° Un cas de chordite vocale inférieure consécutif à l'influenza.

Au cours de la discussion, *Rosenberg* rapporte les expériences de tubage du larynx qu'il a faites à la *Polyclinique pour les maladies de la gorge de l'Université Royale*. A l'exception d'un cas de diphtérie qui guérit en 5 jours, on ne pratiqua l'intubation que sur des malades chroniques,

1° Dans un cas de fonction pervertie des cordes vocales, avec crampe des adducteurs. Le tubage donne de bons résultats. Une blessure du larynx produite au cours de l'intubation par une main inexpérimentée nécessite la trachéotomie. On emploie ensuite les bougies de Schrœtter. Tubage. Guérison;

2° Cas de périchondrite syphilitique. Trachéotomie. Traitement depuis plusieurs années par les bougies de Schrœtter. Les granulations reparaissent toujours dans la trachée. Tubage pendant 6 mois. Guérison complète;

3° Périchondrite cricoïde syphilitique. Les cordes vocales en juxtaposition. Tuméfaction sous-glottique. Violente suffocation. Tubage. Le tube reste 5 jours en place. Petite eschare du ventricule. Guérison ;

4° Tuméfaction sous-glottique chez un phtisique. Apnée. Tubage. Guérison;

5° Papillômes multiples chez un garçon de 12 ans. Tubage au moment de l'apparition de la suffocation. Ensuite rejet des papillomes et amélioration notable de l'état général ;

6° Périchondrite aryténoïdienne tuberculeuse. Tuméfaction sous-glottique. Apnée. Tubage. Amélioration ;

7° Cas de membrane entre les cordes vocales. Tubage. Guérison.

Digitized by Google

Rosenberg croit que la technique du tubage n'offre pas de difficultés, car il ne croit pas qu'il soit difficile de relever l'épiglotte avec l'index gauche. Les tubes qu'il a introduits n'ont jamais été rejetés. Si le tubage n'enraye pas aussitôt la suffocation, il conseille d'enlever rapidement le tube.

Flatau différencie les résultats du tubage dans la diphtérie chez les adultes et chez les enfants. Chez les derniers, l'examen laryngoscopique n'est pratiqué que très rarement; aussi en cas de succès, ne peut-on pas savoir si on a été peu ou très utile. Dans un cas de paralysie des muscles postérieurs, Flatau a vu une amélioration passagère; il a eu plus de succès dans un cas de pachydermie très prononcée.

Landgraf expose, à la suite d'un cas personnel qu'il décrit plus minutieusement, toutes les *paralysies fonctionnelles de la parole articulée.* Cette dernière appellation, qui vient de *Rosenbach*, lui paraît particulièrement bien choisie, parce qu'elle réunit un grand nombre de manifestations isolées jusqu'ici, en un seul groupe auquel appartiennent l'aphonie hystérique, l'apsithyrie, l'aphonie spasmodique, la mogiphonie et l'action pervertie des cordes vocales. Tous ces symptômes divers doivent être considérés à un point de vue unique, celui des innervations perverses (périphériques au centrales).

Certes, suivant que les incitations motrices nées dans le cerveau sont inhibées sur place, ou au contraire ne sont annihilées totalement ou partiellement à la périphérie par des actions antagonistes, le tableau symptômatique est très différent.

Mais il s'agit toujours, à la vérité, de l'hystérie qui a provoqué dans un cas une paralysie, dans l'autre une crampe et dans la troisième un trouble de coordination.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Des abcès otitiques du cerveau, par le Dr Jansen, assistant à la clinique universitaire des maladies d'oreille de Berlin. (*Berliner kl. Wochenschrif*, 1891, n° 49.)

I. — Un conducteur de locomotive de 46 ans est atteint de dureté d'oreille et de bourdonnements. Au bout d'un mois, tuméfaction sur l'apophyse mastoïde droite, douleurs de tête rayon-

Digitized by Google

nant vers le front et les tempes, vertige, vomissements. Au bout de quatre mois, découpage de l'apophyse mastoïde, découverte d'un empyème. Le toit du tympan est sain, la dure-mère n'est pas mise à nu. Cinq jours après l'opération, vertige, paralysie du bras, du facial et de la jambe à gauche, somnolence, vomissements, pas de symptômes de stase, pas de fièvre, pas de ralentissement du pouls. Déviation conjuguée des yeux et de la tête à droite, hémiparésie, hémianopsie, hémianesthésie du côté gauche, réflexes tendineux augmentés.

Diagnostic : Abcès du cerveau au voisinage de la partie postérieure de la capsule interne. Le quinzième jour après la première opération, trépanation à 1/2 centimètre au delà du conduit auditif externe : dure-mère ferme, non pulsatile, de couleur et consistance normales. Ponction avec un trocart de 3 centimètres à travers la dure-mère en avant, en dedans et en haut ; il s'écoule à peu près une cuillère à soupe de pus crémeux, inodore. Élargissement de la ponction, tamponnement avec la gaze iodoformique. Il n'est pas sorti de liquide cérébro-spinal.

Le soir, accroissement des troubles moteurs ; à partir du jour suivant, régression de l'hémianopsie, des troubles de la sensibilité, de la paralysie des extrémités. Pupille droite dilatée, facial affaibli, ainsi que la mémoire. La cavité de l'abcès se ferme le 7e jour. Le cerveau est un peu proéminent jusqu'à la fermeture de la plaie cutanée qui a lieu au bout d'environ deux mois. A la suite d'un voyage, nouveaux symptômes cérébraux, ouverture de la cicatrice sans écoulement de pus, mort au bout de dix jours. L'auteur signale la possibilité de la propagation de l'abcès par ébranlement lors de la première opération.

II. — Homme de 34 ans. Suppuration fétide à gauche depuis l'enfance à la suite de la rougeole. Le 18 juin 1891, à la suite d'un écart de régime, fièvre, température de 39°, vomissements, céphalalgie. Le 20 juin, aphasie amnésique, pas de ralentissement du pouls, de douleur à la percussion, de vertige, de paralysie, de tuméfaction veineuse du nerf optique, mais tendance à la constipation, délire, coma. Mort le 1er juillet.

Autopsie : Circonvolutions fortement aplaties. Le lobe temporal gauche est fortement dilaté et ferme, par suite d'un grand abcès rempli de pus vert, fétide, entouré d'une capsule mince situé directement sur la dure-mère du toit du tympan et adhérant à celle-ci. Le toit du tympan était percé par la carie.

Autour de l'abcès il y avait une large zone de substance cérébrale pulpeuse, liquéfiée. Le sinus était libre ; il y avait des

Digitized by Google

masses cholestéatomateuses dans l'antre et la partie supérieure de la caisse. Ici la fièvre et l'altération du langage tout au plus pouvaient servir au diagnostic différentiel avec l'apoplexie.

III. — Garçon de 8 ans. Six semaines de fièvre purulente à la suite de céphalalgie et de vertige. Dans la troisième semaine de la maladie, torticolis à gauche ; quatorze jours plus tard, à la suite d'une légère otorrhée pendant quelques jours, diplopie croisée et abcès sous-périostique en arrière de l'oreille droite, ictère, apathie, pouls fréquent, pas de fièvre. A 3 centimètres en arrière du méat, une perforation de l'os conduit dans un foyer purulent fétide, extérieur à la dure-mère ; l'abcès est vidé et la paroi granuleuse de la dure-mère râclée. Après un jour de bien-être, forte fièvre, paralysie du facial gauche avec contraction, paralysie motrice et sensitive du bras gauche ; l'évacuation du pus par l'incision de la dure-mère produit une courte amélioration. Mort au bout de quatre semaines.

L'autopsie montre, en dehors de l'abcès du lobe occipital droit : une thrombose du sinus et une caverne bronchiectasique pleine de pus, probablement le foyer primitif.

Dans les deux ans et demi derniers, il s'est présenté à la clinique des maladies d'oreille de Berlin : 1 abcès aigu du cerveau sur 2,650 affections aiguës de l'oreille moyenne et 149 opérations ; 6 abcès chroniques du cerveau à la suite de suppurations chroniques de l'oreille sur 2,500 otorrhées chroniques avec 206 opérations. Les abcès siégeaient à droite, 3 à gauche, 4 dans le cervelet, 3 dans le lobe temporal. Les abcès du cervelet étaient compliqués de thrombose du sinus transverse une fois à droite ; du sinus pétreux supérieur une fois à droite ; de la veine auditive interne une fois à gauche ; un abcès du lobe temporal était compliqué de thrombose du sinus transverse. Dr A. JOLY.

Des abcès de la face extérieure de la dure-mère à la suite d'otite, par le Dr HESSLER, de Halle. (*Archiv f. Ohrenh.*, vol. XXXIII, 2e fasc.)

C'est à Hoffmann que l'on doit d'avoir appelé l'attention, plus qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, sur la participation de la dure-mère aux maladies de l'oreille. Il a réuni 102 cas d'affections de l'oreille à issue fatale accompagnées d'une inflammation de la dure-mère, et seulement 34 cas où une participation de la dure-mère était exclue. Il en résulte que, parmi les maladies intra-craniennes consécutives à des otites moyennes, la pachyméningite purulente externe est la plus fréquente et celle qui

Digitized by Google

amène le plus souvent d'autres maladies intra-craniennes à terminaison fatale.

Dans ces dernières années l'auteur a dû, dans près de 100 cas d'opération de l'apophyse mastoïde, enlever l'os atteint de carie jusqu'à la dure-mère encore intacte. Dans 17 cas, la paroi du sinus montrait une perte de substance plus ou moins grande, et la dure-mère était à nu et plus ou moins enflammée. Sur ces 17 cas, 13 ont guéri, 1 est encore en traitement et 3 malades sont morts, l'un d'abcès du cerveau, l'autre de méningite à la suite de cholestéatome et le troisième de méningite tuberculeuse.

Quand l'accumulation du pus est plus forte en dessous de la dure-mère et que celle-ci est détachée du rocher, on se trouve en présence de ce qu'on appelle un abcès de la face externe ou inférieure de la dure-mère. Si cet abcès est diagnostiqué à temps et opéré, on se trouve dans les meilleurs conditions pour la guérison. Dans le cas contraire, il y a irruption du pus dans la cavité cranienne à travers la dure-mère et la maladie aboutit à une méningite purulente. Le pronostic jusqu'ici est fatal.

L'auteur a relevé dans la littérature les cas de ce genre, en vue de rechercher quel est le siège le plus fréquent de ces abcès et quelles sont en pareils cas les altérations anatomiques du temporal. Il a trouvé en tout 50 cas, auxquels il en ajoute 3 pris dans sa propre pratique.

Il résulte de l'étude de ces cas que les abcès de la face externe de la dure-mère intéressent aussi souvent l'une et l'autre oreille, qu'ils sont deux fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme et que c'est dans la période de 1 à 25 ans qu'on les rencontre en plus grand nombre.

Dans un certain nombre de cas, on voit nettement comment l'abcès s'est produit. L'inflammation de l'oreille moyenne s'est transmise à l'os, a suivi dans ce dernier les diverses voies connues jusqu'au-dessous de la dure-mère où elle a produit le décollement de celle-ci et amené la formation de l'abcès. Ces cas, de beaucoup les plus nombreux, sont désignés par l'auteur sous le nom d'abcès secondaires.

Dans d'autres cas, il n'y avait communication fistuleuse entre l'oreille moyenne et l'abcès. Ces cas sont regardés par H... comme primitifs.

Sur les 53 cas, il y avait 41 abcès secondaires et 12 primitifs.

Quant au siège des abcès de la face externe de la dure-mère, la fistule osseuse se trouvait :

Digitized by Google

25 fois sur la face postérieure du rocher ;
6 — sur le toit du tympan ;
1 — sur la paroi antérieure ;
1 — sur la paroi antérieure et postérieure ;
et 8 — le siège n'est pas indiqué.

En ce qui concerne les altérations anatomiques du rocher, l'extension de la carie est très variable.

Sur les 41 cas d'abcès secondaires, la guérison a été obtenue dans 14 cas par l'opération. Dans les 27 autres cas, il y a eu terminaison fatale.

Sur les 13 cas d'abcès primitifs, dont 2 rapportés par l'auteur,
6 intéressaient la face postérieure du rocher ;
2 — la face antérieure ;
1 — le toit du tympan ;
et dans 3 cas, le siège n'est pas indiqué.

Dans 3 cas, l'opération fut suivie de guérison ; les 9 autres eurent une issue fatale.

Les abcès de la face externe de la dure-mère peuvent se produire de trois manières. Le plus souvent la suppuration de l'oreille moyenne se propage à travers l'os jusqu'à la dure-mère. D'autres cas ont une origine périphlébitique certaine ; ce sont ceux où une fistule osseuse part d'une cavité de l'apophyse mastoïde, traverse l'os habituellement en arrière et en bas, et aboutit en dessous de la dure-mère ; la plupart des guérisons par opération concernent des cas de ce genre. Dans un 3e groupe de cas, l'abcès se développe en même temps que la suppuration de l'oreille moyenne.

Des particularités cliniques intéressantes ont été notées. Dans le cas de Martinache, avant l'opération la sonde avait pénétré à travers la paroi carieuse du crâne jusqu'à la dure-mère ; celle-ci avait été comprimée et le nombre de battements du pouls avait diminué de moitié. Dans le cas d'Allen, la dure-mère avait été soulevée par l'abcès de manière à produire une légère impression sur le lobe temporal.

Le diagnostic de ces abcès ne peut être rendu probable que par exclusion des symptômes de l'abcès du cerveau. Les symptômes de compression observés dans ce dernier font défaut dans les premiers.

Le traitement doit être prophylactique et chirurgical. Il faut empêcher la rétention du pus dans l'oreille et l'extension de la suppuration à l'os, surtout en cas de déhiscences. L'abcès une fois formé, il faut l'ouvrir largement, désinfecter et drainer. Le

Digitized by Google

seul instrument convenable pour l'opération est le ciseau qui permet de surveiller constamment le champ opératoire.

Le pronostic dépend, d'une part de la défense spontanée qui s'observe si souvent dans l'otorrhée chronique ; il se produit un épaississement de la dure-mère qui s'oppose à l'irruption du pus dans le cerveau ; d'autre part de l'intervention chirurgicale avant l'éruption, si un heureux hasard fait découvrir l'abcès par le médecin.

Le travail très complet de l'auteur est suivi d'une bibliographie détaillée des cas observés. Nous renvoyons également au texte original pour les cas décrits par l'auteur et empruntés à sa pratique personnelle. Dr A. JOLY.

Affection de l'oreille à la suite du tabes, par J. HABERMANN, de Graz. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXXIII, 2e fasc.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas d'affection des nerfs auditifs à la suite du tabes et de le soumettre à l'examen anatomo-pathologique. Nous ne pouvons reproduire ici l'observation très détaillée, nous devons nous borner à en relever les points les plus importants.

L'oreille moyenne gauche était complètement normale. A droite il y avait une légère otite moyenne aiguë qui n'avait pu se développer que dans les dernières semaines de la vie et n'avait aucun rapport avec la surdité de la patiente.

Dans l'oreille interne, il y avait des deux côtés atrophie presque complète des fibres nerveuses du rameau cochléaire ; il ne restait que quelques fibres du côté gauche. Dans le limaçon, les fibres nerveuses étaient également atrophiées presque complètement. Le tronc du nerf acoustique était remplacé par du tissu conjonctif hyalin qui prenait très mal la coloration, montrait peu de stries et un petit nombre de noyaux ; par endroits, il était même complètement incolore et sans noyaux et de petits corps amylacés extrêmement nombreux y étaient dispersés.

La dégénérescence du rameau vestibulaire était moins avancée.

Dans l'oreille droite, les altérations étaient les mêmes que dans l'oreille gauche, mais pas aussi graves. Dans le limaçon il ne restait de l'appareil nerveux qu'un faisceau nerveux au sommet, et quelques cellules ganglionnaires dans la partie terminale de la spire inférieure.

D'après l'examen histologique et l'observation clinique, cette dégénérescence des nerfs était en relation causale avec le tabes dorsalis dont souffrait la malade ; d'abord parce qu'il n'y avait

Digitized by Google

pas d'autre cause de l'atrophie nerveuse, ensuite parce que les altérations histologiques du tronc nerveux correspondaient exactement à celles observées dans d'autres nerfs chez des tabétiques. L'affection n'était pas limitée au tronc du nerf acoustique et à ses ramifications dans le labyrinthe, elle s'étendait dans la cavité cranienne jusqu'aux noyaux acoustiques, qui, néanmoins étaient intacts.

D'après l'observation du malade, l'affection du nerf acoustique s'était montrée comme premier symptôme du tabes, ce qui n'a rien de surprenant, car une maladie analogue du nerf optique, sous forme d'atrophie progressive, peut également précéder de plusieurs années le développement d'autres symptômes tabétiques (Kahler, *Wiener klin. Wochenschr.*, 1890, nos 6-11), et la surdité a été observée fréquemment comme première manifestation du tabes (Hermet, *De la surdité dans le tabes syphilitique*. Paris, 1884.)

Les bourdonnements d'oreille présents dès le début de la maladie doivent être attribués directement à l'affection du nerf, car il n'y avait pas de lésion de l'oreille moyenne. Le vertige si fréquent dans les affections labyrinthiques, que Hirt a observé aussi dans deux cas de surdité à la suite du tabes, faisait ici complètement défaut, au dire du patient, bien qu'il y eut des indices visibles de dégénérescence dans les nerfs du saccule, de l'utricule et des ampoules des canaux semi-circulaires.

Il n'y avait ni dans l'une ni dans l'autre oreille les troubles trophiques auxquels Treitel et Morpurgo attachent de l'importance et qu'ils attribuent à une affection concomitante du trijumeau.

Enfin un symptôme important était la conservation de l'ouïe pour les sons bas, avec surdité complète pour les autres. Or, il est remarquable qu'il restait au sommet du limaçon droit un faisceau nerveux déjà en voie de dégénérescence mais encore assez bien conservé, avec organe de Corti intact. Ce cas serait donc une nouvelle preuve à l'appui de l'exactitude de la théorie d'Helmholtz relativement à la fonction du limaçon, à ajouter aux recherches expérimentales de Baginsky, aux cas de Moos et Steinbrügge, de Schwabach, de Steinbrügge et aux recherches de l'auteur sur l'atrophie nerveuse dans l'oreille interne. Le fait que les nerfs n'étaient conservés qu'au sommet d'un limaçon, tandis que la patiente disait entendre des deux côtés le diapason *ut* appuyé sur l'apophyse mastoïde, n'est pas en contradiction avec l'explication donnée ci-dessus, car l'on

Digitized by Google

sait que les sons bas peuvent être transmis à l'autre oreille sans que le malade en ait conscience. Enfin il y aurait à tenir compte au point de vue de la fonction du saccule et de l'utricule de ce que, en dépit de la surdité presque complète, une grande partie des nerfs y étaient conservés ainsi que dans le rameau vestibulaire.

Dr A. JOLY.

Accumulations de pus sur la face externe de la dure-mère au cours de suppurations de l'oreille moyenne, par O. Hecke, de Breslau. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXXIII, 2e fasc.)

L'auteur a observé deux cas d'accumulation considérable de pus entre l'os et la dure-mère à l'époque de l'épidémie d'influenza.

1er cas. — Charpentier vigoureux de 33 ans, fut atteint de l'influenza en janvier 1890 et laissé guéri au bout de quatorze jours. En mars 1890 il se plaignait de maux de tête du côté droit, d'affaiblissement de l'ouïe et d'obstruction de la narine droite. Le médecin constata un catarrhe de la muqueuse pituitaire avec extension à la trompe et à la caisse.

L'auteur vit le malade le 9 mai. Il se plaignait de douleurs dans l'oreille droite, d'une tuméfaction douloureuse en arrière de la même oreille, de maux de tête très forts et d'insomnie presque absolue depuis trois semaines.

La membrane du tympan était trouble, un peu tirée en dedans, les vaisseaux du marteau injectés; la montre n'était entendue au contact que d'une manière incertaine, les nombres murmurés à environ 3 à 4 mètres. Les sons élevés étaient bien entendus, les sons bas l'étaient mal. Il y avait en arrière de l'oreille une tumeur fluctuante. Celle-ci fut ouverte le 10 mai et il en sortit une grande quantité de pus ; la surface interne était couverte de nombreuses granulations fongueuses. L'apophyse mastoïde était partout rugueuse, il n'y avait nulle part ramollissement caséeux.

L'auteur ouvrit l'apophyse mastoïde de la manière ordinaire, l'os avait partout la dureté de l'ivoire, ne contenait pas de cellules osseuses, l'antre ne fut pas ouvert.

Comme l'origine de la suppuration ne se trouvait pas de ce côté, l'auteur prolongea en haut l'incision de la peau et découvrit une ouverture de la dimension d'une tête d'épingle, par où le pus s'écoulait goutte à goutte de la cavité cranienne. L'ouverture fut élargie avec le ciseau jusqu'à un diamètre de 1 cent. 1/4;

Digitized by Google

elle était située à 1 cent. 1/2 au moins au-dessus du conduit auditif externe et un peu en arrière.

Le pansement dut être renouvelé le jour suivant. Le drain placé dans l'ouverture était comprimé par la dure-mère et l'écoulement du pus empêché. Tamponnement avec la gaze iodoformique.

Le malade fut transporté le 13 mai dans le service chirurgical; l'ouverture fut de nouveau élargie, surtout en arrière à cause de symptômes de rétention du pus. Le jour suivant il se développa une méningite, à laquelle le patient succomba le 16 mai.

Le professeur Lesser pratiqua l'autopsie et trouva une méningite purulente, une accumulation considérable de pus au-dessus de la face supérieure de la pyramide entre la dure-mère et l'os, qui remplissait aussi la fosse postérieure du crâne; fistule du toit du tympan.

La fistule conduisait de l'antre dans la cavité cranienne à travers le toit du tympan.

Il s'était donc produit à la suite de l'influenza une carie de l'antre mastoïdien avec formation d'une fistule aboutissant à la cavité cranienne et accumulation considérable de pus entre la dure-mère et l'os. Si le pus s'était créé une issue à travers le toit du tympan et non par l'apophyse mastoïde, cela devait tenir à ce que celle-ci avait subi des modifications pathologiques, était scléreuse et privée de tous éléments celluleux.

2e cas. — Ouvrier de 52 ans, vu par l'auteur le 10 août 1890. A la fin de mai il avait été atteint d'influenza, puis de surdité, de douleurs dans l'oreille droite avec forts bourdonnements, sans suppuration. Tumeur fluctuante en arrière de l'oreille droite, s'étendant en haut et en avant par-dessus le pavillon.

Le 12 août, ouverture de l'abcès et évacuation d'énormes quantités de pus. Dans la fosse temporale, à environ 1 cent. 1/2 au-dessus du conduit auditif externe, la dure-mère est à nu sur une étendue de 2 centimètres de long et 1/2 centimètre de large par suite de carie et nécrose de l'os; celui-ci est couvert de nombreuses granulations dans le pourtour de la perforation. Du pus s'écoule de la cavité cranienne. L'ouverture est encore un peu élargie par le ciseau. La couche corticale externe de l'apophyse mastoïde est atteinte de carie et contient du pus ; du sommet de l'apophyse, une poche d'abcès d'environ 9 centimètres de long conduit le long du crâne en arrière et en bas entre les muscles. Cette poche est ouverte.

Ouverture de l'apophyse mastoïde. L'os est très dur et sclé-

Digitized by Google

reux sur une profondeur de 1 cent. 1/2. La couche corticale avait seule été détruite par la carie.

La guérison eût lieu sans fièvre. La dure-mère mise à nu et l'os se couvrirent bientôt de bonnes granulations. Au milieu d'octobre, le malade devait retourner chez lui, lorsqu'il présenta subitement les symptômes d'une méningite aiguë et succomba le jour suivant.

L'autopsie montra une méningite purulente étendue, ainsi qu'une forte accumulation de pus entre la dure-mère et l'os dans la fosse moyenne et postérieure du crâne. Il n'y avait pas ici de fistule aboutissant à l'antre; Le processus évolua absolument sans symptôme, car le malade était déjà considéré comme guéri.

Dr A. JOLY.

Guérison de la pyémie métastatique dans les maladies de l'oreille, par O. Hecke, de Breslau. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXXIII, 2e fasc.)

L'auteur a opéré avec succès deux malades atteints de pyémie grave. Nous reproduirons brièvement ces cas à cause de l'intérêt qu'ils présentent.

1er cas. — Écolier de 17 ans ; otite moyenne subaiguë. A subi plusieurs fois le paracentèse pour évacuer un exsudat très épais. Il y avait en même temps un catarrhe naso-pharyngien purulent chronique.

Le 21 juin une excroissance polypeuse de la muqueuse de la caisse fut enlevée avec le serre-nœud froid ; le reste du polype fut détruit par le galvano-cautère. Le jour suivant, frisson d'une demi-heure de durée avec forte fièvre persistante ; suppuration très abondante, apophyse mastoïde légèrement sensible à la pression.

Le 24 juin, ouverture de l'apophyse mastoïde ; la couche corticale est d'apparence normale ; dans le fond, infiltration purulente des cellules osseuses ; l'antre mastoïdien est largement ouvert à une profondeur de 2 cent. 1/4. Diminution de la fièvre, qui ne cesse jamais complètement.

Le 28 juin (quatre jours après l'opération), pleurésie à gauche avec un peu d'exsudat.

Le 29 juin, après une température du matin de 37°,2, subite élévation à 42° ; gonflement douloureux de l'articulation sterno-claviculaire gauche ; celle-ci est largement ouverte le 30 juin et il en sort beaucoup de pus. Diminution de la fièvre et des douleurs.

Digitized by Google

Le 2 juillet, élévation de la température à 39°; pleurésie à droite avec légère exsudation; gonflement et inflammation de l'articulation de l'épaule droite, puis régression de ce côté ainsi que des pleurésies des deux côtés. Au bout de douze semaines, guérison complète avec bonne audition : pour la montre 1/2 mètre, pour les nombres murmurés 6 à 7 mètres.

2e cas. — Le second malade était un négociant de 18 ans. Au printemps de 1890, il avait subi l'opération de l'apophyse mastoïde pour une carie étendue de la caisse avec cholestéatome, une ouverture persistance de l'apophyse mastoïde avait été établie d'après la méthode de Schwartze. Il avait été traité pour un catarrhe de la trompe et de la caisse droite et un catarrhe naso-pharyngien chronique, avait subi plusieurs fois le cathétérisme.

Le 3 mai, après être resté plusieurs jours sans paraître, il se présente chez l'auteur parce que dans la nuit, à la suite de douleurs subites dans l'oreille droite, il avait eu une très forte suppuration. Celle-ci devint encore plus abondante les jours suivants et le 8 mai la perforation de la membrane qui se rétrécissait fut élargie.

Dans la nuit du 9 au 10 mai, élévation subite de la température, frisson qui se renouvela au bout de vingt-quatre heures; apophyse mastoïde sensible à la pression, suppuration très abondante, non fétide.

11 mai, ouverture de l'apophyse mastoïde, couche corticale peu altérée, infiltration purulente des cellules. Diminution de la fièvre les deux jours suivants.

14 mai, le matin 37°,1 ; à trois heures de l'après-midi, frisson.

15 mai, gonflement douloureux du coude droit.

Les trois jours suivants, diminution progressive de la fièvre.

19 mai, frisson.

20 mai, frisson; fluctuation dans l'articulation du coude droit, ouverture, écoulement d'un liquide non purulent, mais séreux, trouble.

L'auteur procéda à l'examen bactériologique à l'Institut hygiénique et trouva le streptococcus pyogenes, se développant très bien en culture dans le bouillon.

Les jours suivants il y eut encore quelques faibles accès de courte durée. Au bout de dix jours il n'y avait plus de fièvre, la guérison marchait maintenant normalement. L'articulation du coude se mouvait librement. Guérison au bout de quatre mois.

Digitized by Google

Audition comme avant l'opération : montre au contact, nombres murmurés à 4 ou 5 mètres. Dr A. JOLY.

Résultats thérapeutiques obtenus avec quelques remèdes nouveaux, par Sigismund Szenes, de Budapest. (*Arch., f. Ohr.*, vol. XXXIII, 2e fasc.)

Comme suite d'un précédent mémoire, l'auteur s'occupe d'abord de l'aristol et de la cocaïne, puis du dermatol et du brométhyle.

La cocaïne a été injectée dans la caisse par la trompe dans 28 cas, en solution de 2 à 5 0/0, contre les bourdonnements d'oreille et elle a provoqué plusieurs fois des symptômes d'intoxication, sous la forme de vomissements, sensation de vertige, marche titubante, fatigue. Elle n'a eu cependant que peu d'effet sur les bourdonnements, même pas du tout dans la plupart des cas. Il reste donc toujours à de nouvelles expériences à montrer jusqu'à quel point la cocaïne est un remède contre les bourdonnements d'oreille.

L'auteur a employé le brométhyle, recommandé par Löwenberg, dans 12 cas de bourdonnements, mais sans grand succès.

Il a employé l'aristol dans 17 nouveaux cas de suppurations d'oreille, à ajouter à 15 cas antérieurs. Il s'en tient à l'opinion qu'il a déjà émise et qui a été confirmée par Bürkner.

Szenes a essayé le dermatol dans 18 cas : 10 fois dans la suppuration chronique de l'oreille moyenne, 2 fois dans l'otite moyenne purulente aiguë, 3 fois après l'enlèvement d'un polype, alors qu'il restait encore des granulations au fond du conduit auditif externe, et enfin 3 fois dans l'otite externe diffuse. Après avoir lavé et séché avec soin l'oreille, le dermatol était insufflé au moyen d'un pulvérisateur.

Le remède n'a pas causé de troubles subjectifs, il n'a pas non plus produit d'irritation, mais il n'a diminué la sécrétion que dans un très petit nombre de cas de suppuration.

Le dermatol agit beaucoup mieux que l'aristol, néanmoins l'auteur n'a pu arrêter complètement la suppuration que dans des cas rares.

La première condition de l'emploi du dermatol est que, le cas se prête au traitement sous forme de poudre. Dr A. JOLY.

Ueber das Verhalten der sensiblen Nerven, des Hoernerven und des Hautleitungswiderstandes bei Tetanie (Action des cou-

Digitized by Google

rants électriques sur les nerfs sensibles, le nerf auditif et la résistance de la peau dans la tétanie), par F. Chvostek. (*Zeits. f. klin. Med.*, Band XIX, Hft 5 et 6.)

Nous n'avons à retenir ici que ce qui a trait au nerf de la 8e paire. Chvostek dit d'abord que la réaction de Brenner se rencontre chez un certain nombre de sujets sains (15 0/0) et n'est obtenue qu'avec des courants assez forts. Dans la tétanie, la réaction fut obtenue très facilement, avec de faibles courants, chez six malades sur sept examinés. Cette excitabilité anormale du nerf est bien en relation avec la maladie car elle subit des variations parallèles à celles de la tétanie elle-même. L'auteur conclut qu'il s'agit d'une véritable hyperesthésie électrique du nerf. (Pour l'auteur il y a aussi une hyperexcitabilité des nerfs sensitifs, mais la résistance cutanée est normale). M. LS.

Emploi du benzoinol pour humecter les tympans artificiels de coton, par le Dr Spalding, de Portland. (*Arch. of Otology*, n° 3, 1891.)

Spalding recommande le benzoïnol, qui paraît n'être autre chose que de la vaseline liquide benzoïque, de préférence à la glycérine pour humecter les petites plaques de coton qui servent de tympan artificiel. L'audition serait habituellement beaucoup plus étendue et souvent portée au double. M. LS.

Opération pour la guérison de la surdité, des bourdonnements et des vertiges dans le catarrhe chronique de la caisse, par le Dr Samuel Sexton. (*Arch. of Otology*, n° 2, 1891.)

M. S. Sexton est très partisan, on le sait, d'une intervention opératoire (ablation du tympan, du marteau et de l'enclume) dans les affections chroniques de la caisse. Il rapporte sept nouveaux cas qui lui paraissent en faveur de l'opération ; on arrête ainsi la surdité dans sa marche progressive, s'il n'est pas possible de faire mieux. Comme résultat immédiat, l'audition pour les sons élevés est améliorée, mais pour la parole elle ne s'améliore que petit à petit. Pendant les premiers jours, les bourdonnements peuvent être augmentés, mais ils diminuent peu à peu.

Pour éviter les lésions de la corde du tympan, l'auteur conseille d'enlever l'enclume avant le marteau. Enfin, il y a lieu de détruire le tympan lorsqu'il a de la tendance à se reformer, puisqu'il est l'obstacle à l'arrivée des ondes sonores jusqu'à la fenêtre ovale et la fenêtre ronde. M. LS.

Digitized by Google

Mensuration de la hauteur de la coupole de la cavité tympanique, par le Dr Klingel, de Berlin. (*Arch. of Otology*, n° 2, 1891.)

L'auteur emploie ce terme de *coupole*, emprunté à Hartmann, pour désigner la partie supérieure de la caisse correspondant à l'attique. Elle a été bien décrite par Leidy, S. Sexton et Politzer. Ce dernier auteur dit que la distance du toit de la caisse à la tête du manche est en moyenne de 5 à 6 millimètres. Klingel a fait des mensurations sur 47 rochers de la collection de Hartmann : la moyenne qu'il obtient est un peu inférieure à celle de Politzer et ne s'élève qu'à 4 millimètres. Aussi croit-il que les instruments de Schwartze et de Sexton pour l'ablation de l'enclume, dont la portion coudée a 4 ou 5 millimètres, sont un peu dangereux, car ils exposent à perforer le toit et à blesser les méninges. M. LS.

Considérations relatives à l'ouverture de l'apophyse mastoïde, par le Dr Heiman, de Varsovie. (*Arch. of Otology*, n° 2, 1891.)

Heiman formule ainsi les indications de l'opération :

1° Dans l'otite moyenne purulente aiguë, lorsque les symptômes inflammatoires du côté de l'apophyse (gonflement, douleurs vives et persistantes, fièvre) ne cèdent pas à la glace, aux sangsues et à l'incision de Wilde ;

2° Dans l'otite moyenne purulente, aiguë ou chronique, lorsque les granulations ou la sténose du conduit auditif externe empêchent l'écoulement du pus et s'accompagnent de rougeur et de douleur au niveau de l'apophyse, ou même, si ces symptômes objectifs font défaut, lorsqu'on soupçonne l'inflammation de l'apophyse mastoïde;

3° Lorsque, l'apophyse paraissant saine, il y a des masses cholestéatomateuses difficiles à enlever par les voies naturelles et qu'il se manifeste des symptômes graves pour la vie ;

4° Dans les abcès par congestion et les fistules de la région mastoïdienne;

5° Dans les douleurs continues et persistantes de l'apophyse ne cédant à aucun traitement, même lorsque l'apophyse mastoïde paraît saine, mais est sensible à la pression ;

6° Comme opération prophylactique, dans les cas de rétention des sécrétions lorsque la mort est à redouter par suite d'une désinfection imparfaite;

Digitized by Google

7° Dans les cas d'otite moyenne aiguë purulente dans lesquels il n'y a pas d'inflammation de l'apophyse ni de rétention du pus, mais où l'écoulement du pus est très abondant, ne cède pas aux traitements habituels après un certain temps (2 à 3 semaines) ou même augmente, surtout s'il survient de la fièvre (1). L. MS.

8° Lorsqu'il y a des symptômes évidents d'inflammation du cerveau et des méninges, bien qu'alors les chances de succès soient très douteuses.

Heiman s'est servi dans quelques cas du trépan employé par Pasteur dans ses recherches sur les animaux, mais il continue à donner la préférence au ciseau et au marteau. M. LS.

Adénome des glandes sébacées de l'oreille externe, par M. KLINGEL, de Berlin. (*Arch. of Otology*, n° 3, 1891.)

L'auteur a eu l'occasion d'examiner au microscope deux petites tumeurs dont l'une siégeait dans le conduit et l'autre sur l'oreille externe. Elles n'avaient d'ailleurs donné lieu qu'à peu ou point de symptômes chez les deux malades. C'étaient des tumeurs connectives, recouvertes d'épiderme, dans lesquelles on trouvait une abondante néoformation de glandes très semblables aux glandes sébacées normales.

L'auteur croit qu'il ne faut pas confondre ces tumeurs avec les papillomes, comme semble l'avoir fait Gruber, en raison de la prolifération des glandes sébacées. M. LS.

A case of tracheotomy for multiple neoplasmes of the larynx (Un cas de trachéotomie pour néoplasmes multiples du larynx), par J. SOLIS-COHEN. (*International Clinics*, janvier 1892.)

C'est une leçon de trachéotomie professée durant l'opération. Le malade est opéré assis et localement anesthésié par la cocaïne, conditions dans lesquelles les rapports des organes sont conservés et le danger de la chute du sang dans la trachée écarté plus sûrement que dans le décubitus dorsal et l'anesthésie générale. Quant au cas pathologique en lui-même, il présente un intérêt secondaire n'étant pas complètement étudié.

Considéré d'abord comme un cas de papillomes multiples, diagnostiqué au microscope « tissu inflammatoire », ce tissu évolua après l'opération dans le sens d'une tuberculose aiguë. M. N. W.

Die Neurosen und Reflexneurosen des Nasenrachenraumes

(1) L'indication dans ce cas nous paraît très contestable, si l'on se contente d'une aussi courte durée.

Digitized by Google

(**Les névroses et les névroses réflexes du naso-pharynx**, par Egmont Baumgarten (*in Sammlung Klinischer Vortraege*, avril 1892).

L'auteur range parmi les névroses du naso-pharynx toutes les sensations pénibles et douloureuses qui accompagnent les différents processus morbides de la région : sensation de sècheresse, de compression, de corps étranger, de grains de sable, de poivre, fausse localisation, etc. C'est là une acception inusitée en France du mot névrose. Quant aux réflexes et aux névroses réflexes ils s'observent dans les organes les plus divers et l'auteur cite un grand nombre d'observations dans lesquelles la destruction des végétations pharyngées a souvent suffi pour guérir des crises d'éternuement, des spasmes et des parésies de la glotte, des accès d'asthme surtout chez les enfants, des troubles digestifs, des névralgies occipitales, des migraines, des troubles vasomoteurs. Toutes les observations se rapportent d'ailleurs à des sujets manifestement nerveux-neurasthéniques, hystériques, ce qui diminue beaucoup la portée de ces faits. M. N. W.

The removal of adenoid growths from the vault of the pharynx (**L'extirpation des végétations adénoïdes de la voûte du pharynx**), par H. Hoyle Butts, de New-York. (*The Medical News*, 2 avril 1892.)

La communication lue à l'Académie de médecine de New-York est consacrée à la description et au mode d'emploi du forceps de Gradle (de Chicago) que l'auteur considère comme le meilleur instrument dont on se soit servi jusqu'à présent, il enlève d'un coup une masse considérable et une seule application suffit presque toujours. Dans tous les cas les sujets au-dessous de 15 ans sont anesthésiés par l'éther et opérés sur le dos, tête pendante.

Dans la discussion qui suit, les membres de l'Académie émettent pour la plupart des opinions favorables à l'emploi des forceps. Cependant M. le Dr Myles préfère l'instrument de Loewenberg et M. le Dr Phillips le croit absolument insuffisant quand les végétations ne forment pas une masse compacte et unique ; il est de plus dangereux entre des mains inexpérimentées. Le Dr J. Wright cite un certain nombre de cas de mort chez des patients anesthésiés ce qui doit faire remplacer dans la mesure du possible l'anesthésie générale par l'anesthésie locale. M. N. W.

Digitized by Google

Un corps étranger très irrégulier des voies digestives expulsé sans accident à l'aide du régime des pommes de terre, par J. Solis-Cohen, de Philadelphie (*Medical News*, août 1891.)

Le corps étranger avalé était un ressort dentaire très irrégulier dont la figure est jointe à la communication. Le patient fut mis au régime exclusif des pommes de terre et rendit l'objet avalé dans une selle au bout de 48 heures. M. N. W.

Croupous Rhinitis (Rhinite croupale ou pseudo-membraneuse), par le Dr G. Macdonald, de Londres. (*Arch. of Otology*, n° 2, 1891.)

Macdonald distingue nettement cette forme de la diphtérie nasale. On peut ranger dans cette rhinite les pseudo-membranes qui se forment dans le nez à la suite des cautérisations et s'étendent parfois assez loin du point touché; elles sont évidemment sous l'influence d'une vive inflammation de la muqueuse et expliquent comment une rhinite aiguë peut s'accompagner de fausses membranes. Dans ce cas les plaques s'enlèvent facilement, mais elles récidivent de même pendant plusieurs jours et souvent plusieurs semaines, parfois pendant des mois : elles occupent le nez et le rhino-pharynx.

Le malade présente les signes d'un coryza sévère et sa température s'élève à 38° environ. On a noté la coïncidence avec l'érysipèle. L'auteur conseille les fumigations et fomentations chaudes, l'enlèvement des membranes et l'application de boulettes de coton qui, s'imprégnant de liquide, compriment les cornets et les dégonflent mieux que ne le fait la cocaïne dans ces cas. M. LS.

Traitement de l'asthme des foins, par le Dr A. Rixa. (*The therap. Gazette*, n° 12, 1891.)

L'auteur dit qu'il obtient les meilleurs résultats, dans l'asthme des foins, en faisant faire dans le nez des irrigations d'eau oxygénée, et surtout en donnant de la terpine hydratée à l'intérieur. Toutefois les doses qu'il indique paraissent très élevées, de 45 à 75 grains (soit environ 3 à 5 grammes) en vingt-quatre heures, et ne doivent pas être sans danger pour le rein si elles sont continuées pendant quelque temps. M. LS.

The tonsils in health and disease (Les amygdales à l'état de

Digitized by Google

santé et de maladie), par le Dr Harrison Allen, de Philaphie. (*Amer. Journ. of med. sciences*, n° 1, 1892.)

Dans cet article, où l'on trouvera des indications précises sur les auteurs qui ont étudié l'anatomie normale de l'amygdale pharyngée, l'auteur démontre qu'il faut distinguer deux parties : une supérieure, qui contient les cryptes et une inférieure, qui n'en contient pas et dont par suite la surface est lisse. Entre ces deux portions bien distinctes il y a toujours un espace plus ou moins considérable, une crypte, recouverte d'un épithélium semblable à celui du pharynx. Il y a lieu aussi de décrire à la partie la plus supérieure, dans l'angle des deux piliers du voile (l'auteur l'appelle *velar tonsil*), une petite masse arrondie également séparée de la masse principale à cryptes.

L'hypertrophie peut porter sur l'ensemble ou seulement sur une partie de la glande. L'auteur croit qu'on exagère l'importance de l'hypertrophie de l'amygdale chez l'enfant, car normalement, chez celui-ci, l'amygdale dépasse les piliers. Il appelle l'attention sur les kystes tonsillaires qui se forment entre les deux masses principales, dans la poche qui les sépare. Ces particularités anatomiques ne doivent pas être oubliées dans les différentes interventions sur les tonsilles. M. LS.

Ligature de la carotide primitive chez un enfant de 3 ans et demi pour hémorragie consécutive à un abcès périamygdalein. Guérison, par le Dr Dunn. (Analysé dans *American Journ. of med. sciences*, septembre 1891.)

L'inflammation parenchymateuse de l'amygdale est rare chez l'enfant. Morell Mackenzie, sur 1,000 cas, en aurait vu 35 chez des enfants au-dessous de 10 ans. Beverley Robinson dit n'en avoir jamais vu et cite un cas de Goodhart. Dans un cas de Norton, chez une petite fille de 4 ans, la mort survint par hémorragie, l'abcès ayant ulcéré la carotide.

Chez le petit malade de Dunn (l'âge n'est pas indiqué), il y avait une amygdalite droite intense avec propagation de l'inflammation au palais et au pharynx. Le quatrième jour, rupture de l'abcès et, les sept jours suivants, six hémorragies très abondantes. Le sang coulait entre l'amygdale et la partie supérieure du pilier postérieur. Une tumeur pulsatile fit alors son apparition entre l'apophyse mastoïde et l'angle de la mâchoire, atteignant rapidement deux pouces et demi de long sur un et demi de large. L'enfant était à demi comateux, refusait les ali-

Digitized by Google

ments depuis plusieurs heures, avait 38°3 et 108 pulsations très faibles.

Ligature de la carotide primitive. La guérison fut rapide et sans interruption. La plaie se ferma par première intention, et le huitième jour on enlevait les sutures. M. LS.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ESPAGNE

Oreille.

Un détail de notre pratique oto-rhino-laryngologique, par R. Botey. (*Arch. int. de lar., otol., rinol.*, janvier-février 1891.)

Hygiène de l'oreille, par V. Cozzolino. Traduction espagnole de R. Botey. (*Arch. intern. de lar., otol., rinol.*, janvier, février, mars, juin, juillet, août, septembre, octobre 1891.)

Un cas de diplopie réflexe par lésion de l'ouïe, par P. Verdos. (*Rev. de larin., otol. y rinol.*, janvier 1891.)

Quelques considérations sur la surdité brusque, par A. Arteaga. (*Rev. de larin., otol. y rinol.*, février 1891.)

Contribution à la pathologie de la panotite causée par la diphtérie scarlatineuse, par F. Rohrer. (*Arch. int. de lar., otol., rinol.*, mars-juin 1891.)

La cocaïne dans les bourdonnements d'oreille, dépendant des altérations de l'oreille moyenne, par Carralero. (*Siglo medico*, 22 mars 1891.)

Considérations sur le diagnostic de l'épilepsie acoustique, par P. Verdos. (*Rev. de ciencias med.*, Barcelone, 10 avril 1891.)

Vertige de Ménière, par R. Pacheco. (*Annales del circulo med. Argentino*, juin 1891.)

Corps étranger dans le conduit auditif externe, par Fr. Laborde. (*Rev. med. de Sevilla*, nos 6 et 7, 1891.)

La maladie de Voltolini, par L. Suñe y Molist. (*Rev. de ciencias med.*, Barcelone, 10 mai 1891.)

Comment on traite la surdi-mutité, par A. Chervin. (*Siglo medico*, 17 mai 1891.)

Un cas de périostite mastoïdienne primitive, par R. Botey. (*Siglo medico*, 14 juin 1891.)

Tympan artificiel en collodion, par L. Suñe y Molist. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, août 1891.)

La surdi-mutité et sa curabilité, par P. Verdos y Mauri. (Imp. Amat y Martinez, Barcelone, 1892.)

Symptômes auriculaires dans la neurasthénie, par L. Suñe y Molist. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, septembre 1891.)

Corps étranger du conduit auditif gauche, par F. Magro. (*Rev. de lar., otol. y rin.*, décembre 1891.)

Traitement de l'otite moyenne aiguë, par R. Botey. (*Rev. de ciencias med.*, 10 octobre 1891.)

Neuroparalysi vaso-motrice du labyrinthe, par V. Melcior. (*Rev. de lar., otol. y rin.*, janvier 1892.)

Digitized by Google

Otite moyenne aiguë purulente, par G. Valledor. (*Siglo medico*, 21 février 1892.)

Un cas de syphilis du labyrinthe, par R. Botey. (*Gaceta med. Catalana*, 15 mars 1892.)

Un cas de paracousie de Willis d'origine hystérique, par A. Arteaga. (*Rev. de lar., otol. y rin.*, mars 1892.)

La maladie de Ménière, par F. Gómez de la Mata. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, mai et juin 1892.)

Torpeur du nerf acoustique produite par une salpingosténose, par F. Rohrer. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, mai 1892.)

Diagnostic de la surdité profonde, par A. Arteaga. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, avril 1892.)

Larynx et Trachée.

Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par J. Roquer y Casadesús et A. Masó y Brú. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, décembre 1890.)

De la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante, par A. Gouguenheim et J. Glover. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, novembre et décembre 1890 et janvier 1891.)

Un cas d'éversion du ventricule droit, par R. Botey. (*Arch. int. de lar., otol., rinol.*, janvier-février 1891.)

La guérison radicale de la phtisie du larynx peut-elle être obtenue par le traitement chirurgical endolaryngien? par T. Heryng. (*Arch. int. de lar., otol., rinol.*, janvier-février 1891.)

Œdème laryngien au cours d'une pharyngite, par A. d'Aguanno. (*Arch. int. de lar., otol. y rinol.*, janvier-février 1891.).

Chorée du larynx, par Furundarena-Labat. (*Siglo medico*, p. 104, 1891.)

Le traitement de Koch dans la tuberculose laryngée, par G. Strazza. Traduction espagnole de Compaired. (*Rev. de lar., otol. y rin.*, février 1891.)

Mes impressions sur la méthode du Dr Koch contre la tuberculose, par R. de la Sota y Lastra. (*Rev. méd. de Séville*, tome XVI, n° 1, 1891.)

Sur un cas d'ictus laryngé, par J. Roquer y Casadesus. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, avril 1891.)

Traitement des ulcérations du larynx par la résorcine, par R. Serret. (*Siglo medico*, 1er février 1891.)

Polype muqueux du larynx. Extirpation, par F. Mendez. (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 5 juin 1891.)

Recherches sur le traitement des affections laryngées par le cantharidate de potasse, par P. Heymann. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, mai 1891.)

Cas rare de guérison de lésions tuberculeuses du larynx, par J. Roquer Casadesus. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juin 1891.)

Vingt cas traités par la tuberculine, par sir Morell-Mackenzie. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juin 1891.)

Trois cas de laryngisme inhibiteur, par R. Botey. (*Arch. int. de lar., otol.*, etc., juillet-août 1891.)

De l'anesthésie chloroformique dans la trachéotomie, par Sojo. (*Gac. med. Catalana*, 15 mai 1891.)

Un cas de croup. Trachéotomie. Guérison, par F. Pi y Suñer. (*Gac. med. Catalana*, 30 avril 1891.)

Etudes cliniques sur la laryngologie, l'otologie et la rhinologie; pratique et enseignement actuel en Europe, par R. Botey. (1er fascicule. *Revista de med. y cirugia prácticas*, Madrid, 1891; 2e fascicule. Impr. N. Maya, Madrid, 1892.)

Traitement suggestif de l'aphonie hystérique par la méthode phonétique, par J. Scheinmann. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juillet 1891.)

Digitized by Google

Valeur diagnostique de la toux dans la tuberculose, par Cazenave de la Roche. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juillet 1891.)

La tuberculine dans la tuberculose laryngée, par Moritz Schmidt. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, juillet 1891.)

Idées sur le fonctionnement de la polyclinique et de la clinique du professeur H. Krause, de Berlin, par P. A. Friedländer. (*Arch. int. de lar., otol., rinol.*, septembre-octobre 1891.)

Sangsue adherente au niveau du quatrième anneau de la trachée. Utilité et immunité de l'application de la cocaïne pour pratiquer l'extraction dans des cas similaires, par R. de la Sota y Lastra. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, novembre 1891.)

Deux cas d'hémorragies laryngées cataméniales, par C. Compaired. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, décembre 1891.)

Paralysie des abducteurs chez les enfants, par W. Robertson. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, décembre 1891.)

Coïncidence de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx, par R. de la Sota y Lastra. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, janvier et février 1892.)

Une trachéotomie, par V. J. Yanez. (*Rev. med. de Sevilla*, 30 septembre 1891.)

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par J. Cisneros y Sevillano. (*Siglo medico*, 27 décembre 1891.)

Unité étiologique du croup et de la diphtérie, par Egidi et Concetti. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, février, mars et avril 1892.)

Dysphonie produite par une tumeur du cou, par E. Pergens. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, février 1892.)

Notice supplémentaire sur la faculté de résorption complète des infiltrations tuberculeuses, par T. Heryng. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, mars 1892.)

Sur le traitement du cancer du larynx, par J. Roquer Casadesus. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, février 1892

Trachéomie et gastrotomie, par Tizol. (*Progresso med. Habana*, juin 1892.)

Le menthol camphré dans le traitement de la laryngite catarrhale chronique, par J. Cortezao. (*Coimbra med.*, 1er juin 1892.)

Nez.

Résection du maxillaire supérieur pour une tumeur sarcomateuse de l'antre d'Highmore, par G. M. Landa. (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 20 février 1891.)

Dermalgie d'origine nasale, par R. de la Sota y Lastra. (*Rev. de lar. otol. et rinol.*, février 1891.)

Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes, par R. Botey. (Un vol. de 70 pages, typog. P. Ortega, Barcelone, 1891.)

L'électrolyse dans les déviations et les épaississements de la cloison nasale, par R. Botey. (*Arch. int. de lar. otol. y rinol.*, mars et juin 1891.)

Kyste de la fosse nasale, par Bartual. (*Cron. med. de Valencia*, 5 avril 1891.)

Le bégaiement et les maladies du nez et du pharynx, par Kafemann. (*Arch. int. de lar. otol.*, etc., juillet-août 1891.)

Deux cas de névropathies d'origine nasale, par R. Botey. (*Rev. de ciencias med. de Barcelone*, 25 juin 1891.)

La pathologie et la chirurgie des sinus maxillaires, par V. Cozzolino. (*Arch. int. de lar. otol. y rinol.*, septembre-octobre 1891.)

Polypes naso-frontaux avec lésions des deux parois du sinus frontal droit, et de la partie antérieure seule du gauche, par J. M. Espada. (*Rev. de lar. otol. y rinol.*, septembre 1891.)

Sur le manuel opératoire pour l'ablation des tumeurs adénoïdes du

Digitized by Google

pharynx nasal, par A. Ruault. (*Rev. de lar. otol. y rinol.*, octobre 1891.)

De l'ostéotomie verticale et bilatérale d'Ollier, dans le traitement des polypes du nez et du naso-pharynx, par M. Mas y Soler. (*Rev. de especialidades med. quir. Valence*, septembre 1891.)

Considérations sur la syphilis tertiaire des fosses nasales, par R. Botey. (*Arch. int. de lar. otol. rin.*, novembre-décembre 1891.)

Résection du maxillaire supérieur gauche pour un sarcôme de l'antre d'Highmore, par Recasens. (*Gac. sanit. de Barcelone*, juin 1891.)

Exploration du nez et de l'oreille, par E. Obejero. (*Anales del circulo med. Argentino*, novembre 1891.)

Un cas de fibro-sarcôme primitif des fosses nasales, par J. Cisneros. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, février 1892.)

Instruments pour la séméiotique et pour la thérapeutique antiseptique et chirurgicale des inflammations séro-muqueuses et purulentes des sinus du nez (frontaux maxillaires, ethmoïdaux, sphénoïdaux et ethmoïdo-lacrymaux) simulant la rhinite purulente chronique rebelle et ses résultats, par V. Cozzolino. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, mars, avril mai et juin 1892.)

Asthme nasal alternant avec un œdème circonscrit de la peau, par L. Rethi. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, avril 1892.)

Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée et en particulier de sa forme circonscrite dénommée angine de Tormvaldt, par A. Ruault. (*Rev. de lar. otol. y rin.*, mars 1892.)

L'hystérie et les zones hystérogènes de la muqueuse nasale, par J. Roquer Casadesus. (*Rev. de lar. otol. y rinol.*, mai 1892.)

Pharynx et Varia.

Le salol dans la diphtérie, par F. J. Quiñones. (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 5 mars 1891.)

Trois cas d'angine gangréneuse primitive, par R. de la Sota y Lastra. (*Arch. int. de lar., otol., rinol.*, mars et juin 1891.)

La lymphe de Koch. Exposé de l'état actuel des connaissances acquises, par E. Pergens. (*Arch. int. de lar., otol. y rinol.*, mars et juin 1891.)

Thérapeutique de la diphtérie, par Gallardo. (*Siglo medico*, 19 avril 1891.)

Brèves considérations sur la pathogénie, la thérapeutique et la prophylaxie de la diphtérie, par Iglesias. (*Siglo medico*, 5 avril 1891.)

La diphtérie à l'hôpital général, par S. Garcia et Mansilla. (*Rev. clin. de los ospitales*, juin, juillet et août 1891.)

Cautérisation dans l'hypertrophie des amygdales, par A. Arteaga. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, mai 1891.)

Sur la diphtérie, par T. Susini et A. G. Gandolfo. (*Anales de asistencia publica*, Buenos-Ayres, 15 mai 1891.)

Thyroïdectomie, par Llobet. (*Anales del circulo med. Argentino*, juillet 1891.)

Sur les abcès rétro-pharyngiens, par J. Roquer Casadesus. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, octobre 1891.)

Angine pseudo-membraneuse non diphtéritique, par J. A. Tremols. (*Progresso med. Habana*, novembre 1891 et janvier 1892.)

Exploration du pharynx et du larynx, par E. Obejero. (*Anales del circulo med. Argentino*, novembre 1891.)

Quatre cas de goitre exophtalmique, par R. Pacheco. (*Anales del circulo med. Argentino*, novembre 1891.)

Notes sur le traitement de la diphtérie, par Goris. (*Arch. int. de rin., lar., otol.*, janvier 1892.)

Un cas de paralysie diphtéritique grave, par B. Hernandez Coriz. (*Rev. clin. de los ospitales*, décembre 1891.)

Digitized by Google

Rare coïncidence d'une angine avec exsudation et parotidite. Hésitation dans le diagnostic, par Baldomero. (*Siglo medico*, 29 novembre 1891.)

Les traitements de la diphtérie; principales méthodes de traitement employées contre cette affection, par Fuster Fernandez. (*Siglo medico*, 20 décembre 1891.)

Tumeur maligne (sarcome?) pharyngo-laryngé à marche rapide, par J. Roquer Casadesús. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, janvier 1892.)

Irrigations d'acide salicylique dans la diphtérie, par F. Quiñones. (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 20 fevrier 1892.)

Trichinose de la langue, par Ortiz de la Torre. (*Rev. med. y cor. pract.*, 7 mars 1892.)

Rétrécissement de l'œsophage, gastrostomie; observations, par J. M. Bofill. (*Gaz. sanit. de Barcelona*, mars 1892.)

Pathogénie de la diphtérie, par R. Fajarnes. (*Rev. de espec. med. quir.* Valencia, novembre 1891.)

Sur une variété peu connue d'angine phlegmoneuse. Péri-amygdalite linguale phlegmoneuse; phlegmon sous-muqueux superficiel de la base de la langue, par A. Ruault. (*Rev. de lar., otol. y rinol.*, avril et mai 1892.)

L'épidémie actuelle de coqueluche à Madrid et son traitement athmiatrique par les inhalations fluorhydriques, par F. Valenzuela. (*Siglo medico*, 22 mai 1892.)

NOUVELLES

La 65e réunion des naturalistes et médecins allemands se tiendra à Nüremberg du 12 au 16 septembre 1892.

Section d'otologie. — Président : Dr Schubert. *Secrétaire :* Dr Buckhardt.

Communications annoncées. — 1. *a*) Sur les signes cliniques des affections du nerf acoustique. *b*) Sur la diplacousie monauriculaire. *c*) Présentation d'un acoumètre (Hörmesser) pour la transmission ostéotympanale, par Gradenigo (Turin). — 2. *a*) Labyrinthe chez les sourds-muets. *b*) Labyrinthe dans la leucémie, par Wagenhaüser (Tübingue). — 3. Communication, par Bezold (Münich). — 4. Communication, par Moos (Heidelberg). — 5. Présentation de préparations microscopiques, par Steinbrugge (Giessen). — 6. Démonstrations à l'aide du stéréoscope de coupes normales et pathologiques de l'organe de l'ouïe et des cavités nasales, par A. Hartmann (Berlin). — 7. La théorie de Helmholtz, par Barth (Marburg). — 8. Communication, par Habermann (Gratz). — 9. *a*) Préparations de cicatrice de la membrane d'enveloppe de l'œuf de poule. *b*) Préparation d'une néoformation provenant du perimysium des muscles internes de la cavité tympanique. *c*) Un cas d'ouverture de l'apophyse mastoïde et ablation consécutive de deux exostoses éburnées

Digitized by Google

du conduit auditif, par HAUG (Münich). — 10. Lésions de la caisse, par KIRCHNER (Würzburg). — 11. 3,000 épreuves de l'ouïe au moyen d'un nouvel acoumètre ; présentation de l'appareil, technique et théorie ; moyenne du pouvoir auditif aux différents âges, par LEVY (Hagenau i/E.) — 12. Communication de LAKER (Gratz). — 13. A propos de la trépanation, par ZAUFAL (Prague). — 14. Sur le coloboma de la membrane flasque (foramen de Rivinus), par WALB (Bonn). — 15. Modifications apportées par l'âge à l'organe de l'ouïe, par RICHTER (Nüremberg). — 16. *a*) Présentation d'une loupe de la caisse. *b*) Sur la rhinite fibrineuse, par SCHUBERT (Nüremberg).

Section de laryngologie et rhinologie. — Président : Dr Heller ; *secrétaire :* Dr Helbing.

Communications annoncées. — 1. *a*) Pachydermie laryngée avec séparation en forme d'îlot de l'épiglotte. *b*) Traitement chirurgical endolaryngé de la tuberculose laryngée. *c*) Présentations d'instruments pour la chirurgie du nez, par T. S. FLATAU (Berlin). 2. Communication, par V. LANGE (Copenhague). — 3. Un cas de rhinolite dans la trachée, par BOCK (Mayence). — 4. Opérations nasales chez les hémophiles, par G. ROSENFELD (Stuttgart). — 5. Pathologie de l'amygdale linguale, par SEIFERT (Wurzburg). — 6. Quand apparaissent des inflammations de l'oreille à la suite d'opérations nasales et naso-pharyngées ? par M. BRESGEN (Francfort-s-M.). — 7. *a*) Un cas de formation de rhinolithe. — *b*) Un cas de chorée causée par des végétations adénoïdes, par WALTER (Francfort-s-M.). — 8. Pathologie des paralysies laryngées et résultats expérimentaux, par A. ONODI (Budapest). — 9. Diversité d'opinions sur la valeur des saisons d'eaux minérales pour le traitement du catarrhe naso-pharyngien et laryngien, par A. HAUPT (Soden). — 10. Affections du sinus sphénoïdal, par M. SCHAEFFER (Brême). — 11. Communication, par SCHECH (Münich). — 12. Traitement des protubérances et des scolioses du vomer par l'électrolyse, par MORITZ SCHMIDT (Francfort-s-M.). — 13. Sur le ventricule de Morgagni, par B. FRAENKEL (Berlin). — 14. Communication, par SCHNITZLER (Vienne). — 15. Traitement de la laryngite chronique, par H. KRAUSE (Berlin). — 16. Traitement rhinoscopique des sténoses nasales débutant par des altérations osseuses ou cartilagineuses, par M. REICHERT (Berlin). — 17. Communication sur le traitement du nez gelé, par HELBING (Nürenberg). — 18. *a*) Tumeurs de l'amygdale. *b*) Présentation d'une lampe à examen électrique, par P. HEYMANN (Berlin).

Section de dermatologie et de syphiligraphie.

Syphilis des voies aériennes supérieures, par SEIFERT (Würzburg), et JURASZ (Heidelberg).

Section des maladies d'enfants.

Recherches générales sur l'intubation, par v. RANKE (Münich). — Traitement local de la diphtérie, par SIEBERT (New-York).

Section de physiologie.

Digitized by Google

Les organes centraux des fonctions de l'acoustique, par WLASSAK (Zürich).

Section de médecine interne.

Les affections du larynx dans le diabète mellitus et dans la polyarthrite rhumatismale, par LEICHTENSTERN (Cologne).

Section de chirurgie.

Aphorismes sur le goitre et l'extirpation du goitre, par KROENLEIN (Zürich). — Traitement du goitre, par GARRÉ (Tubingue).

Le *IIe Congrès international de dermatologie* se réunira à Vienne du 5 au 10 septembre. Parmi les communications annoncées, nous relevons les suivantes :

Sur le pemphigus du larynx, par O. CHIARI (Vienne). — Sur la syphilis de la muqueuse nasale, par STOERK (Vienne). — Sur une nouvelle méthode d'opération du rhino-phyma, par BALMANNO SQUIRE (Londres).

Lors de sa dernière session, l'*American Laryngological Association* a décidé de tenir son prochain Congrès à *New-York* dans la dernière semaine de mai 1893, sous la *présidence* de Morris J. Asch (New-York) ; 1er *vice-président :* S. Johnston (Baltimore) ; 2e *vice-président :* J. C. Mulhall (Saint-Louis) ; *secrétaire-trésorier :* C. H. Knight (New-York) ; *bibliothécaire :* T. R. French (Brooklyn) ; *membre du conseil :* S. W. Langmaid (Boston).

Nous lisons dans l'*Allgemeine Wiener Med. Zeitung* que le collège des professeurs vient d'élire, à une grande majorité, le professeur Virchow comme recteur de l'Université de Berlin pour la prochaine année scolaire. Le professseur Virchow était, depuis 36 ans, professeur ordinaire à l'Université de Berlin.

On lit dans le *British Medical Journal* que la *Manchester Ear Institution* a établi des lits pour l'hospitalisation des malades. Le nombre total des malades traités en un an dépasse 1,000.

Digitized by Google

Le *Bollettino delle Malattie dell' Orecchio*, etc., du Dr Grazzi, annonce qu'à la suite de démarches faites par des spécialistes italiens et étrangers, le comité d'organisation du Congrès international de médecine de Rome a décidé de séparer la rhino-laryngologie de l'otologie, faisant ainsi deux sections séparées.

Le Dr J. Dionisio a passé, à l'Université de Turin, des examens pour obtenir le grade de *docent libre* en rhino-laryngologie ; les épreuves ont été des plus satisfaisantes et il ne reste plus qu'à avoir la ratification du conseil supérieur de l'instruction publique (*Boll. delle mal. dell' Orecchio*, etc., août 1892).

Le professeur Hermann Krause, de Berlin, vient d'être nommé membre correspondant de l'*American Laryngological Association.*

Vin de Chassaing. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

Digitized by Google

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

Grains de Céber. Poudre Manuel. Granules ferro-sulfureuses Thomas

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Ueber aüssere Anwendung von Canthariden bei Nasen und Halskrankheiten (Sur le traitement externe des affections du nez et de la gorge par la cantharidine, par C. Ziem. (Tirage à part du *Monatschrift f. Ohrenh.*, etc., n° 6, 1892.)

Les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les mastoïdites grippales, par F. Orgogozo. (Broch. de 40 pages, H. Jouve, imprimeur, Paris, 1892).

Die Störungen der Sprache und Stimme bei Paralysis agitans (Les troubles de la parole et de la voix dans la paralysie agitante), par A. Rosenberg. (Tirage à part de la *Berliner klin. Woch.*, n° 31, 1892).

Les otites suppuratives chroniques, par Giampietro. (Extrait des comptes rendus de la section d'otologie du Congrès international de médecine de Berlin, 1890.)

De la responsabilité morale et criminelle des sourds-muets au point de vue de la législation, par Giampietro. (Brochure de 10 pages.)

Sur l'hydrocéphale aiguë et l'otite chez les enfants et sur les troubles trophiques de l'oreille par lésions du bulbe, par E. Giampietro. (Broch. de 16 pages, 2e édition, tipog. Amello Eugenio, Naples, 1892.)

Une question de bon sens, par E. Giampietro. (Broch. de 12 pages, impr. Deslis frères, 6, rue Gambetta, Tours, 1888.)

Digitized by Google

Traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique, par L. Arnaud. (Broch. de 64 pages ; G. Steinheil, éditeur, Paris, 1892.)

Ueber gutartigen Geschwülste der Highmorshœhle (Sur les tumeurs bénignes de l'antre d'Highmore), par P. Heymann. (Tirage à part des *Virchow's Archiv f. Pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. med.*, Bd. CXXIX, 1892.)

Zur Symptomatologie der Tuberculose (Sur la symptomatologie de la tuberculose, par P. Heymann. (Communication à la Soc. de méd. de Berlin, le 17 février 1892.)

Recherches sur le maximum perceptible de l'olfaction et de la gustation chez les épileptiques, par Ch. Féré, P. Batigne et P. Ouvry. (Extrait des *Mémoires de la Soc. de biologie*, séance du 30 juillet 1892.)

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 61.9.92.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

LES PERFORATIONS DE LA CLOISON DU NEZ

par le Dr M. HAJEK

Assistant pour la Rhinologie et la Laryngologie à la Policlinique Générale de Vienne.

(Leçon recueillie par le Dr MARCEL LERMOYEZ, et revue par le Professeur.)

Les perforations de la cloison du nez ont été observées depuis longtemps; ce n'est cependant que depuis quelques années qu'on sait leur attribuer leur juste valeur diagnostique. Il y a peu de temps encore, en effet — et beaucoup de cliniciens persistent actuellement dans de tels errements, — on ne connaissait que la syphilis nasale qui fût capable de produire pareille lésion, et la présence d'un trou dans le septum équivalait à un certificat de vérole. Il n'en est rien. Des processus morbides d'ordre et de gravité essentiellement différents peuvent amener un tel résultat; les savoir reconnaître à temps est de la plus haute importance, non pas seulement pour satisfaire le dilettantisme du médecin amateur de fins diagnostics, mais surtout pour mettre en œuvre le traitement efficace, Or, à commencer par la perforation simple, que beaucoup d'entre nous portent sans s'en douter, pour aboutir à la perforation tuberculeuse, dont on sait la gravité, en passant par la perforation syphilitique qui estropie le nez, il y a pour le diagnostic beaucoup de difficultés à vaincre, et pour la thérapeutique beaucoup de bien à faire.

Digitized by Google

Dans cette leçon, dont le but est surtout de mettre en valeur le côté différentiel des divers processus perforants, j'envisagerai seulement les trois types cliniques qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer; j'étudierai l'ulcère perforant, la tuberculose, la syphilis de la cloison, en m'attachant à relever chez chacun d'eux les signes caractéristiques qui en permettent le signalement précis. Mais il y a lieu de se demander avant tout pourquoi le septum est ainsi le point de rendez-vous de ces lésions. Sa situation, sa structure l'expliquent; et c'est par l'étude de ces notions d'anatomie et de physiologie que je commencerai brièvement.

DES CAUSES QUI PRÉDISPOSENT LA CLOISON AUX PERFORATIONS

La portion cartilagineuse de la cloison est de toutes les régions du nez celle qui présente le moins de résistance aux causes pathogènes. Elle doit cette faiblesse à l'association de plusieurs facteurs :

1° *Sa situation l'expose aux traumatismes directs.* C'est la partie du nez sur laquelle vient butter le doigt enfoncé dans les narines.

2° Là encore se trouvent *de grosses glandes muqueuses dont les orifices sont si larges* qu'on peut les voir à l'œil nu; et les culs-de-sac de ces glandes plongent profondément, jusqu'à presque toucher le périchondre.

3° Il existe des deux côtés du septum, en sa partie tout antérieure, une *surface recouverte d'épithélium pavimenteux;* on conçoit que celui-ci ne puisse chasser les poussières qui se développent à sa surface, comme le fait l'épithélium cylindrique à cils vibratiles qui l'entoure.

4° A ce niveau, la cloison présente dans beaucoup de cas un *amincissement congénital* qui peut réduire l'épaisseur du cartilage au quart de ce qu'elle est normalement.

5° Zuckerkandl a également parfois noté en ce point une sorte de *dystrophie spontanée* que présenterait le cartilage de la cloison; le cartilage hyalin se transformerait peu à peu en fibro-cartilage, qui oppose une bien plus faible résistance aux agents vulnérants.

Digitized by Google

A toutes ces causes anatomiques, qui font du septum cartilagineux un *locus minoris resistentiæ*, vient s'adjoindre un facteur physiologique de haute importance, qui les met en jeu. Le courant d'air inspiré ne pénètre pas dans le nez parallèlement à la cloison ; arrêté à la partie supérieure des narines par l'éperon saillant que forme le pli du vestibule, il est obligé *de se porter obliquement en dedans*, et vient frapper la cloison justement au point faible précédemment étudié. Là il dépose la majeure partie des poussières dont il est chargé. Si l'on examine le nez d'un homme qui a respiré quelque temps dans une atmosphère impure, on trouve sur la partie antérieure du septum une petite croûte noirâtre, formée de poussières agglutinées par du mucus. Or cette croûte adhère d'autant mieux en ce point qu'elle y trouve un épithélium pavimenteux; elle pénètre aisément dans les larges orifices glandulaires, les bouche, d'où phénomènes de rétention et de nécrose consécutives. D'autre part la présence de cette croûtelle produit un chatouillement qui provoque le malade à l'arracher; une érosion traumatique se forme qui ouvre tous les vaisseaux, et comme justement la poussière atmosphérique véhicule de nombreux microbes, celui de la tuberculose en particulier, l'infection locale est presque fatale.

On voit donc que la cloison cartilagineuse est de toutes les parties du nez celle qui physiologiquement est la plus exposée à l'action des causes nocives, et aussi celle qui, au point de vue anatomique, leur oppose le moins de résistance. Il n'y a dès lors pas lieu de s'étonner de la facilité relative avec laquelle se forment les perforations du septum.

DE L'ULCÈRE PERFORANT

J'ai réservé ce nom à un processus spécial, aboutissant à la perforation du septum cartilagineux, et nettement indépendant de la tuberculose ou de la syphilis.

Cette lésion évolue avec un tel silence symptomatique, qu'elle a été découverte par les anatomistes. Zuckerkandl est le premier qui, au lieu de voir en elle, comme ses prédéces-

Digitized by Google

seurs, une déformation congénitale, pensa à la rattacher à un processus pathologique.

Elle n'est pas très rare : je l'ai trouvée 33 fois sur 2,136 cadavres que j'ai examinés au hasard, ce qui donne un pourcentage de 1,40. Il est certain que si on la recherchait systématiquement chez tous les malades qui viennent à nos consultations spéciales, on la trouverait beaucoup plus souvent qu'on ne le fait.

La pathogénie de cette lésion n'est pas définie; il y a en ceci encore une inconnue à dégager; toutes les causes que j'ai étudiées plus haut, en tant que prédispositions anatomiques et physiologiques, préparent le terrain. Le traumatisme joue ici un rôle important : beaucoup de malades qui sont porteurs de cette perforation avouent qu'ils ont depuis longtemps contracté l'habitude de mettre leurs doigts dans leur nez, et d'arracher les croûtes qui se forment sur la cloison.

Au reste, l'épistaxis à répétition est un préambule obligé de l'ulcère perforant; mais tant de gens ont des épistaxis sans avoir jamais de perforation de la cloison, qu'il faut invoquer un autre facteur. Peut être doit-on tenir grand compte de la nature et de la virulence des microbes qui habitent le nez : ainsi, sur 15 individus sains que j'ai examinés à ce point de vue, je n'ai trouvé que 4 fois des bactéries pathogènes dans le mucus normal. Or j'ai montré le rôle important que jouent le staphylocoque doré et le streptocoque pyogène dans la genèse de l'ulcère perforant.

Certains ouvriers, ceux en particulier qui manipulent les chromates, les composés arsenicaux, ceux qui préparent les allumettes phosphorées, ceux même qui travaillent dans les mines de charbon, sont atteints d'ulcère perforant de la cloison avec une fréquence remarquable Il est certain que, projetées par le courant d'air inspiré contre le septum cartilagineux, ces poussières l'entament, soit par action chimique, soit même, comme le charbon, par traumatisme simple.

Il y a dans l'évolution de l'ulcère perforant un certain nombre d'étapes, qu'il faut bien connaître pour savoir enrayer le mal à temps.

Digitized by Google

Presque toujours, la phase initiale est constituée par des épistaxis, qui se répètent pendant beaucoup d'années. Par leurs larges orifices, le sang pénètre dans les cavités glandulaires, s'y décompose et, par infection locale, amène à la longue la nécrose de ces glandes; et comme celles-ci reposent par leur fond presque directement sur le périchondre, il en résulte aisément une périchondrite de voisinage qui, à son tour, a pour conséquence la nécrose du cartilage sous-jacent. Au début, à la suite de chaque épistaxis, on voit se produire, en un point de la cloison, une tache blanchâtre superficielle, d'aspect diphtéroïde. C'est une petite eschare, riche en bactéries, renfermant surtout du staphylocoque doré et du streptocoque pyogène. Au bout de peu de jours, celle-ci tombe spontanément, ou est détachée par l'ongle du malade; l'épistaxis recommence, laissant cette fois à sa suite une exulcération un peu plus profonde. Ainsi peu à peu se creuse l'ulcère, très lentement. Mais quand la perte de substance a enfin mis à nu le périchondre, la maladie prend une allure plus vive, et il se produit une périchondrite à évolution rapide. A ce moment, la sonde enfoncée sous les bords de l'ulcère montre que le périchondre est décollé du cartilage sur une étendue beaucoup plus grande qu'on ne pouvait le supposer; et ainsi va se former un séquestre dont les dimensions dépasseront notablement celles du fond de l'ulcère. Sur les limites de la partie nécrosée, le septum cartilagineux subit une inflammation réactionnelle; mais avant que ce travail d'élimination, extrêmement lent, ait eu le temps de s'achever, les microbes creusent le centre de la partie morte du cartilage et le perforent.

Le plus souvent, le septum est attaqué simultanément et symétriquement sur ses deux faces : la perforation commence à la fois des deux côtés. Plus rarement le processus est unilatéral à son début; et ce n'est que plus tard que la nécrose du cartilage amène du côté sain une périchondrite secondaire, laquelle produit l'ulcération de la muqueuse de dedans en dehors.

A ce moment, qui forme la période d'état de la maladie,

Digitized by Google

le travail morbide s'arrête; jamais il n'envahit la partie osseuse de la cloison, sans qu'on puisse savoir pourquoi il la respecte ainsi.

Quand la rondelle de cartilage nécrosé est enfin éliminée, la maladie marche vers la guérison; et spontanément les bords de la perforation se cicatrisent d'une façon si parfaite, que l'on ne trouve pas en ce point la moindre trace de tissu cicatriciel, ce qui a longtemps fait croire qu'il ne s'agissait là que d'un défaut congénital du septum. Sur les bords mêmes de l'orifice, la muqueuse nasale présente des caractères normaux : l'épithélium cylindrique s'y est reconstitué.

Il faut s'apprendre à reconnaître l'ulcère perforant aux différentes phases de son évolution. Au début, on ne peut que le soupçonner en voyant une petite exulcération arrondie, recouverte d'une pellicule blanchâtre, dont la chute donne lieu à des épistaxis qui se répètent sans cesse.

A la période d'état, l'aspect est caractéristique : la muqueuse montre une ulcération en entonnoir, et au fond de celle-ci, un cartilage nécrosé, présentant en son centre un trou beaucoup plus étroit que le trou des parties molles. Vient-on à l'explorer à la sonde, on constate que le décollement de la muqueuse est bien plus étendu que ne pouvait le faire croire la simple inspection. Autour de cette lésion, la muqueuse nasale est absolument normale : ni rougeur, ni gonflement, ni croûtes; et, chose également capitale, le malade ne ressent aucune douleur, n'exhale aucune fétidité; le plus souvent, la maladie a évolué à son insu : elle est une trouvaille rhinologique.

Beaucoup plus tard, après guérison, voici comment se présente la perforation : un trou rond, parfois ovale, net, à bords droits, fait comme à l'emporte-pièce dans la cloison cartilagineuse; autour de lui, pas d'épaississement du septum; la muqueuse, jusque sur les bords mêmes de la perforation, présente son aspect et sa consistance habituels; on n'y voit jamais la moindre cicatrice, sauf si le médecin a fait d'intempestives cautérisations. Enfin, autre point également très important, on ne trouve jamais de lésions secondaires dans les fosses nasales.

Digitized by Google

L'ulcère perforant du nez, tant par son aspect que par sa marche, est tellement caractéristique, que qui l'a observé une fois le reconnaîtra toujours à coup sûr dans la suite. Dans quelques cas exceptionnels cependant, un ulcère gommeux peut laisser à sa suite une perforation très capable de simuler un ulcère perforant quand elle est localisée au septum cartilagineux; cependant on arrivera à dépister la syphilis en tenant compte des antécédents et en constatant autour de la perforation une muqueuse marginale, épaissie par des cicatrices spécifiques.

DE LA PERFORATION TUBERCULEUSE

La tuberculose nasale se présente sous plusieurs aspects tellement dissemblables, qu'ils forment comme plusieurs maladies distinctes, n'ayant de commun que la cause qui les engendre :

1° La forme primitive ou paraissant telle;
2° La forme secondaire;
3° La forme miliaire.

I. — *Tuberculose primitive du nez.*

La tuberculose primitive du nez n'est bien connue que depuis peu d'années, car, avant cela, les classiques étaient muets sur son compte. Cette forme, *qui affecte exclusivement la cloison*, a une telle ressemblance avec les tumeurs malignes, qu'elle avait presque toujours été prise pour du sarcome. Un des travaux les plus importants publiés sur ce point est celui de Kikuzi (Tubingue, 1888); cet observateur extirpa deux tumeurs de la cloison qui avaient été diagnostiquées sarcomes, en fit l'examen histologique et montra qu'il n'y avait là qu'un tissu de granulations, parsemé de cellules géantes et de bacilles. A la même époque, je me mis à faire systématiquement l'examen microscopique de toutes les tumeurs ulcérées de la cloison, et en moins de six mois, je rencontrai trois cas de tuberculose nasale pri-

Digitized by Google

mitive. Actuellement, la littérature médicale a publié une cinquantaine de faits.

Nous avons vu plus haut que l'ulcère perforant de la cloison présente un aspect tellement caractéristique que le diagnostic en saute aux yeux; pour la tuberculose primitive, il en est tout autrement : elle est des plus difficiles à reconnaître. En pratique, on peut dire que son apparence est telle que, quand on la voit, on pense à tout sauf à la tuberculose. Aussi ne saurait-on trop insister sur ce point, que l'examen histologique peut seul nous donner une certitude absolue sur la nature du mal.

La tuberculose primitive du nez débute toujours par la cloison cartilagineuse : elle n'envahit que très rarement le septum osseux, intermédiaire en cela à l'ulcère perforant, qui toujours le respecte, et à la syphilis qui, dans la majorité des cas, le détruit. Elle débute par un épaississement de la cloison. Tout d'abord, symétriquement, des deux côtés du septum, se montre une tuméfaction diffuse, un peu molle, de couleur rosée; cette infiltration commence par être sous-muqueuse; la pituitaire ne présente encore aucune érosion, et conserve son revêtement épithélial. Mais, au bout de quelque temps, la muqueuse s'ulcère, et, à travers cette perte de substance, le tissu morbide fait hernie sous forme d'un champignon fongueux. Les deux narines ne tardent pas à être remplies par un tissu granuleux qui les obstrue; l'examen avec la sonde (sans laquelle aucun diagnostic rhinologique n'est possible) montre nettement que ces masses naissent du septum. Lorsque le tissu fongueux est assez abondant pour avoir envahi les deux fosses nasales, on peut affirmer qu'il a détruit le septum cartilagineux.

Le processus tuberculeux évolue par une progression excentrique. A son centre le tissu malade se caséifie, se ramollit et s'élimine, tandis qu'à la périphérie les granulations jeunes prolifèrent et étendent la lésion; à ce moment la perforation de la cloison présente des bords en forme de bourrelets saillants formés de tissu fongueux. Quand cette tuberculose à évolution centrifuge a atteint les limites du cartilage, elle ne s'étend plus qu'avec une très grande lenteur : on peut

Digitized by Google

dire qu'elle n'aime pas l'os. Sur dix cas que j'ai observés, je n'en ai vu qu'un seul où la tuberculose avait envahi la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, et amené la déformation du nez en selle. Il y a en cela une grande différence d'avec ce qui se passe chez les syphilitiques. La tuberculose amène la destruction progressive du tissu visuel, qui disparaît insensiblement dans une sorte de nécrose moléculaire, tandis que la syphilis entraine l'élimination de gros séquestres nécrosés en masse par suite de la périchondrite de voisinage.

Le diagnostic présente surtout de grandes difficultés à la phase où on se trouve en présence de deux narines remplies de tissu fongueux; il faut alors penser à la tuberculose, à la syphilis, au sarcome, et surtout aux corps étrangers. A la période de perforation, la seule qui nous intéresse au point de vue de la leçon présente, le diagnostic se circonscrit : et l'on peut dire que toute perforation du septum cartilagineux dont les bords sont formés d'un tissu fongueux saillant, ne relève ni de la syphilis, ni de l'ulcère perforant. Il n'y a ici que deux affections entre lesquelles on puisse hésiter : le sarcome, ou la tuberculose primitive. Le microscope peut seul trancher le différend.

Mais le diagnostic histologique est souvent bien délicat. Les bacilles sont extrêmement peu abondants dans cette forme primitive, ce qui explique la lenteur de sa marche. Pour avoir le plus de chance de les rencontrer, il faut enlever la partie superficielle de la tumeur, et les rechercher dans les produits du raclage des couches profondes. Il m'est arrivé, dans le premier cas que j'ai observé, de reconnaître seulement qu'il ne s'agissait pas d'un sarcome, mais d'un tissu de granulations, et ce n'est que dans les parties profondes, qu'après plusieurs centaines de coupes, j'eus la chance de rencontrer quelques cellules géantes et peu de bacilles. Quant au lupus de la cloison, il ne peut être diagnostiqué avec certitude que quand en même temps on constate sur la peau du nez les tubercules lupiques si caractéristiques.

II. — *Tuberculose secondaire du nez.*

La tuberculose secondaire du nez est connue depuis long-

Digitized by Google

temps et ne présente pour nous que peu d'intérêt, car elle n'est pas un facteur habituel de la perforation de la cloison. Elle se montre au dernier stade de la tuberculose pulmonaire ou laryngée, chez des malades déjà cachectiques; elle forme de grands ulcères plats, recouverts d'un pus qui fourmille de bacilles. Au reste, le diagnostic microscopique, des plus aisés dans le cas actuel, n'est pas nécessaire pour faire reconnaître la nature du mal, qui s'affirme suffisamment par l'étude des antécédents du malade et la constatation de son état présent.

On voit donc combien cette forme secondaire et très classique de la tuberculose nasale, diffère de la forme primitive.

Dans la première, le mal commence par un tissu de granulations fongueuses qui, secondairement, se creuse d'un ulcère à son centre. Dans la seconde, l'ulcération se forme d'emblée, et ne s'entoure jamais d'un bourrelet saillant.

L'une se cantonne toujours au septum cartilagineux et ne franchit qu'exceptionnellement ses frontières. L'autre peut affecter toutes les régions du nez : elle a même pour siège de prédilection le vestibule et la partie antérieure du cornet inférieur.

Cette forme secondaire de la tuberculose nasale est du reste aisée à diagnostiquer, surtout en tenant compte des deux caractères suivants :

1° Abondance extrême des bacilles dans le jetage nasal — en opposition avec la variété extrême de ces mêmes microorganismes dans la forme de tuberculose du nez dite primitive.

2° Coexistence constante d'affections tuberculeuses nettement caractérisées en d'autres points de l'économie.

III. — *Tuberculose miliaire aiguë du nez.*

Un seul mot en passant sur cette forme rare de peu d'intérêt du reste pour nous, puisqu'elle n'est pas cause de perforation.

Elle se montre exceptionnellement isolée : le plus souvent elle se développe autour d'un ulcère tuberculeux préexistant,

Digitized by Google

beaucoup plus souvent de la forme secondaire, à cause de la richesse en bacilles de sa sécrétion.

On conçoit que l'existence de ces nodules miliaires, autour d'une perforation dont le diagnostic est en suspens, puisse aider beaucoup à reconnaître la tuberculose. Mais l'existence de ces granulations blanchâtres peut être aussi une source d'erreurs. Souvent, sur la muqueuse nasale de sujets scrofuleux se montrent des productions assez semblables d'aspect aux tubercules miliaires ; mais elles ne renferment ni cellules géantes, ni bacilles : ce sont les follicules clos de la muqueuse nasale qui ont subi une hypertrophie simple.

Donc, ne pas affirmer qu'un ulcère qui perfore la cloison est tuberculeux, parce qu'il est entouré de pareils nodules blanchâtres : mais maintenir son diagnostic en suspens pendant quelque temps ; au bout de peu de semaines les tubercules miliaires auront subi la fonte caséeuse tandis que ces nodules lymphatiques pseudo-tuberculeux persisteront indéfiniment dans leur forme.

DE LA PERFORATION SYPHILITIQUE

Je serai bref sur ce point, bien étudié dans tous les livres. C'est seulement à sa période tertiaire que la syphilis peut perforer le septum. Le mal commence par une petite tuméfaction bilatérale sise en face du cornet moyen, et occupant exactement le même siège que le tubercule de la cloison, avec lequel on peut être exposé à la confondre ; à vrai dire, la chose inverse se montre plus souvent, un débutant prenant le tuberculum septi pour une périchondrite gommeuse et le traitant en conséquence. La sonde permet cependant cette différenciation ; tandis que le tubercule donne la sensation d'un corps dur sous-jacent à la muqueuse la gomme présente dès son début une fluctuation centrale qui va s'étendant excentriquement ; mais comme cette tuméfaction spécifique évolue insidieusement et sans provoquer de douleurs, il est bien rare que le malade vienne consulter son médecin à ce moment, le seul cependant où la guérison complète pour-

Digitized by Google

rait être obtenue, sans laisser après elle de dégâts dans les cavités nasales. On peut dire (si l'on excepte les cas rares de périchondrite traumatique suppurée, ou ceux plus exceptionnels encore décrits par Jurasz sous le nom de périchondrite séreuse), que toute tumeur bilatérale fluctuante du septum doit éveiller l'idée de syphilis, et pousser l'enquête dans ce sens.

Mais ordinairement les malades se présentent à nous à une période bien plus avancée, quand la cloison est perforée, et le nez rempli de pus : à ce moment la symptomatologie est toute autre. A travers l'ouverture de la gomme, la sonde fait constater un décollement du périchondre, sous lequel existe une nécrose du septum cartilagineux ou osseux beaucoup plus étendue qu'on ne saurait le croire. Deux causes contribuent ainsi à maintenir en activité la lésion nasale:

1° L'action du virus syphilitique;

2° La présence du séquestre qui entretient une suppuration intarissable.

Le traitement spécifique ne peut viser que le premier de ces deux facteurs. Pour combattre le second, il n'est qu'un moyen : débrider largement l'ouverture de la gomme et avec une pince mobiliser le séquestre et l'extraire. Tel est le seul procédé pour guérir rapidement la syphilis de la cloison : c'est ce qui explique les beaux résultats qu'obtenait dans des cas semblables Volkmann, qui, sous le chloroforme, curettait vigoureusement les cavités nasales. Aujourd'hui encore nous agissons de même, mais avec une méthode plus douce.

Le diagnostic de l'ulcère gommeux, à sa place d'évolution, est assez facile ; il repose sur les deux caractères suivants :

1° L'ulcère syphilitique siège beaucoup plus haut sur le septum que l'ulcère perforant ou tuberculeux : il est très voisin de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, d'où résulte ce fait capital que neuf fois sur dix il *entame la cloison osseuse*. Cette perforation peut parfois présenter des dimensions énormes, détruire le squelette du nez, la voûte palatine, et donner naissance à une hideuse gueule de loup.

2° Quand la gomme s'ulcère, elle amène une *rhinite purulente intense* généralisée à toute l'étendue des fosses nasales

Digitized by Google

nous savons qu'au contraire autour de l'ulcère perforant, la muqueuse est toujours saine. Après guérison, le diagnostic rétrospectif de la nature de la perforation est facile, en se rappelant les points capitaux que je viens de signaler.

1° La perforation a une forme très irrégulière, envoyant des prolongements dans le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde; elle a des bords blancs, épais, nettement cicatrisés.

2° Il existe en outre une rhinite atrophique secondaire présentant exactement le même tableau que la rhinite atrophique essentielle, et qui est l'aboutissant de l'inflammation généralisée consécutive à l'ulcération syphilitique.

Enfin il existe le plus souvent une déformation extérieure du nez. Celle-ci est dans l'immense majorité des cas un stigmate permanent de syphilis tertiaire; seulement elle ne résulte pas, comme on l'enseigne généralement, de l'effondrement du nez consécutif aux larges perforations du septum, qui lui sert d'étai. Cette doctrine contient une erreur grossière et qui a eu comme conséquence grave d'empêcher pendant longtemps les rhinologistes d'opérer les déviations de la cloison, par crainte de produire des difformités consécutives du nez. Il est facile de démontrer combien fausse est cette notion classique : on peut sur un cadavre enlever tout le septum sans que le nez se déforme. La cause des déformations est tout autre : c'est la puissante rétractilité des cicatrices consécutives aux lésions syphilitiques.

Je résume ci-après en un tableau les principaux signes permettant de distinguer l'une de l'autre les perforations dues à la tuberculose primitive, à la syphilis tertiaire et à l'ulcère perforant de la cloison :

TABLEAU

Digitized by Google

	PERFORATION TUBERCULEUSE. (*Type primitif.*)	PERFORATION SYPHILITIQUE.	ULCÈRE PERFORANT.
DÉBUT.....	Début par une infiltration sous-muqueuse bilatérale, sise sur la portion cartilagineuse de la cloison. Simule un *néoplasme*.	Début par une tuméfaction sous-muqueuse bilatérale sise au niveau du tubercule de la cloison.	Début par des épistaxis à répétition, se produisant au niveau d'une ulcération blanchâtre, très superficielle.
ÉVOLUTION.....	Pas de ramollissement ; mais un tissu fongueux fait hernie à travers la muqueuse et remplit les fosses nasales.	Ramollissement central d'abord, puis à marche excentrique, de la masse infiltrée.	L'ulcère procède par étapes et se creuse progressivement.
CARACTÈRES	*Bords* toujours formés par un épais bourrelet de tissu fongueux. *Forme* généralement arrondie.	*Bords* formés par une muqueuse épaissie, décollée, mais non bourgeonnante. *Forme* très irrégulière.	*Bords* nets, comme taillés à l'emporte-pièce. *Forme* arrondie ou ovale, mais toujours régulière.
SIÈGE	Perforation limitée presque toujours à la partie inférieure du cartilage.	La perforation envahit presque toujours le septum osseux, et reste très rarement limitée à la cloison cartilagineuse.	Perforation toujours limitée au cartilage.
ÉTAT DE LA MUQUEUSE NASALE.	Présente rarement un semis de granulations miliaires autour de l'ulcère. Ne pas confondre ces tubercules miliaires avec les nodules lymphoïdes des sujets scrofuleux.	Rhinite purulente intense généralisée.	Intégrité absolue de la muqueuse nasale environnante.
TERMINAISON.....	Ne guérit jamais seule.	Guérison spontanée très lente, assez rapide avec le traitement spécifique. Mais malgré le traitement, très souvent il reste une large perte de substance.	Guérit toujours de lui-même.
APRÈS CICATRISATION.....		Bords épais, irréguliers. ficelés, cicatriciels. Autour de l'orifice, muqueuse irrégulièrement scléreuse. Rhinite atrophique secondaire, parfois très accentuée. Déformation consécutive du nez.	Bords minces, nets, formés par la muqueuse normale. Autour de l'orifice, muqueuse normale. Intégrité absolue du reste du nez. Déformation consécutive du nez, très rare.

Digitized by Google

II

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE EN FRANCE DES AFFECTIONS DE L'OREILLE.

Par le Dr H. NIMIER, médecin major, agrégé libre du Val-de-Grâce.

Les statistiques publiées tous les ans sur les opérations des conseils de revision fournissent par département le nombre des jeunes gens exemptés ou classés dans les services auxiliaires pour affections des oreilles. Ces documents donnent par suite une indication de valeur sur l'état de l'appareil auditif chez les conscrits; aussi, à défaut d'une statistique analogue établie pour la population civile et renseignant sur la fréquence des maladies de l'oreille, en particulier chez l'enfant et la femme, il n'est pas sans intérêt d'étudier, d'après les données du recrutement, quelle est en France la répartition géographique de ces affections.

Si l'on se reporte aux conditions habituelles qui favorisent le développement des maladies de l'oreille, l'on est porté *à priori* à se demander si leur fréquence variable suivant les départements est en rapport avec des conditions climatériques spéciales, c'est-à-dire avec des conditions particulières de milieu, ou si l'on doit en chercher l'explication dans une affaire de race, c'est-à-dire dans une condition individuelle propre aux habitants de chaque département. Le problème, il est vrai, est beaucoup plus complexe ; car, parmi les maladies de l'oreille, les plus fréquentes ne sont autre chose que des épiphénomènes liés à l'évolution d'affections très diverses elles-mêmes, soumises, au point de vue de leur répartition géographique, à des conditions d'hygiène générale qui échappent à l'étude actuelle. C'est ainsi par exemple que la fièvre typhoïde s'accompagne parfois d'otite moyenne et qu'il ne s'agit alors, comme cause prédo-

Digitized by Google

minante, ni d'influence climatérique ni d'influence de race. De plus, les lésions traumatiques que subit l'appareil auditif, quoique ne venant pas en ligne de compte dans notre étude, figurent indûment dans nos statistiques; par contre, celles-ci ne comprennent pas à tort les cas qui entraînent la réforme des jeunes gens soit dès leur arrivée au corps, soit peu après par suite du réveil d'une affection ancienne. Quoi qu'il en soit de ces deux causes d'erreur, le tableau I indique par département la proportion des conscrits qui, sur 10,000 examinés, ont, du fait des altérations de leur appareil auditif, été exemptés ou classés dans les services auxiliaires. Les moyennes ont été établies d'après les données fournies par les conseils de revision en 1887, 1888, 1889 et 1890.

TABLEAU I

1	Charente	159,96	35	Oise	58,53
2	Manche	139,22	36	Indre	58,48
3	Nièvre	124,52	37	Deux-Sèvres	58,03
4	Côtes-du-Nord	124,08	38	Loire	57,91
5	Seine-Inférieure	85,05	39	Vosges	57,43
6	Gironde	81,88	40	Creuse	57,42
7	Gard	79,87	41	Ariège	56,79
8	Corrèze	79,36	42	Meuse	56,16
9	Haute-Garonne	78,19	43	Orne	56,14
10	Seine-et-Oise	77,53	44	Allier	55,60
11	Vendée	77,50	45	Meurthe-et-Moselle	54,15
12	Somme	75,90	46	Rhône	53,61
13	Maine-et-Loire	73,98	47	Saône-et-Loire	53,35
14	Haute-Marne	72,34	48	Alpes-Maritimes	52,85
15	Seine-et-Marne	72,34	49	Haut-Rhin	52,45
16	Bouches-du-Rhône	72,26	50	Haute-Saône	51,53
17	Savoie	71,13	51	Haute-Loire	51,35
18	Aube	70,83	52	Yonne	51,20
19	Hautes-Pyrénées	70,73	53	Ardèche	51,09
20	Indre-et-Loire	69,48	54	Aisne	50,16
21	Haute-Savoie	68,18	55	Haute-Vienne	49,90
22	Finistère	67,52	56	Calvados	49,42
23	Loire-Inférieure	67,50	57	Cantal	49,25
24	Puy-de-Dôme	66,27	58	Morbihan	48,66
25	Lot	64,85	59	Aude	47,26
26	Tarn	63,33	60	Nord	47,23
27	Pas-de-Calais	62,93	61	Vienne	46,49
28	Doubs	62,19	62	Seine	46,41
29	Sarthe	61,82	63	Mayenne	45,87
30	Loiret	60,91	64	Ille-et-Vilaine	45,10
31	Landes	60,44	65	Basses-Pyrénées	44,03
32	Jura	60,10	66	Isère	42,59
33	Loir-et-Cher	59,57	67	Tarn-et-Garonne	41,93
34	Côte-d'Or	59,18	68	Maine	41,53

Digitized by Google

69	Ardennes	40,59	79	Basses-Alpes	33,33
70	Lot-et-Garonne	40,00	80	Hautes-Alpes	33,32
71	Ain	39,98	81	Corse	33,04
72	Eure	39,76	82	Charente-Inférieure	28,63
73	Eure-et-Loir	38,94	83	Vaucluse	28,57
74	Hérault	38,24	84	Aveyron	28,03
75	Cher	36,30	85	Gers	17,78
76	Dordogne	35,15	86	Pyrénées-Orientales	14,63
77	Var	32,92	87	Lozère	12,97
78	Drôme	33,79			

La moyenne générale pour toute la France est, sur 10,000 conscrits examinés, de 55 exemptés ou classés dans les services auxiliaires pour affections des oreilles. Or, dans 44 départements, sur 87, cette moyenne est dépassée. Dans un (Charente), elle est près de trois fois plus élevée; dans trois (Manche, Nièvre, Côtes-du-Nord), elle atteint plus du double. Pour 43 départements, la moyenne est inférieure à la moyenne générale et, dans trois de ceux-ci, elle s'abaisse à 17,78 (Gers), 14, 62 (Pyrénées-Orientales), 12,97 (Lozère).

Si l'on consulte les cartes I et II, l'on est frappé de ce fait que les départements dont la population est relativement la moins touchée par les affections des oreilles se trouvent pour la plupart au sud du parallèle qui passe par l'embouchure de la Loire. En particulier, ce groupe compte les quatorze départements dont la moyenne est la plus basse. Le tableau II fait bien ressortir la situation inégale des départements du Nord et du Midi.

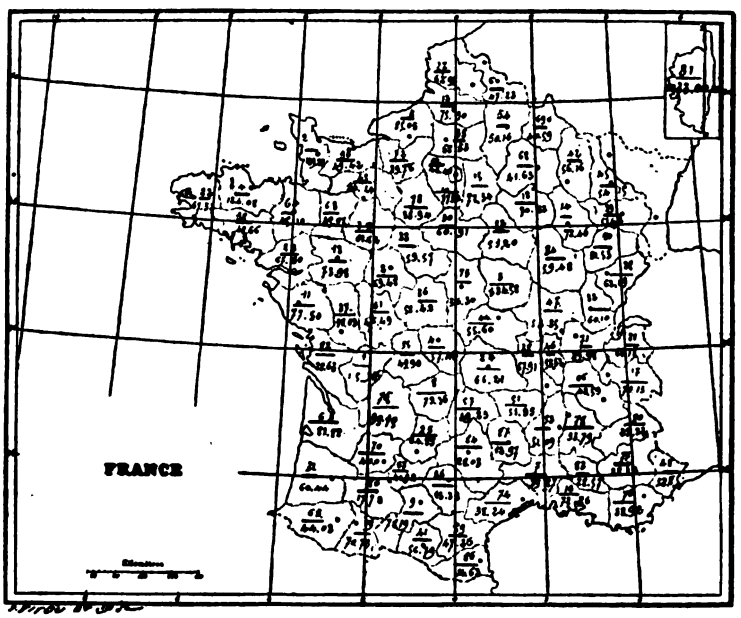
Tableau II

Départements du Midi. (50)	3	avec une moyenne inférieure à 20 p. 10000
	8	— — de — 28 à 39,9
	12	— — — — 40 à 49,9
	11	— — — — 50 à 59,9
	7	— — — — 60 à 69,9
	7	— — — — 70 à 90
	2	— — — supérieure à 100
Départements du Nord. (37)	0	avec une moyenne inférieure à 20 p. 10000
	2	— — — de 28 à 39,9
	8	— — — — 40 à 49,9
	11	— — — — 50 à 59,9
	7	— — — — 60 à 69,9
	7	— — — — 70 à 90
	2	— — — supérieure à 100

Digitized by Google

Les hasards de la statistique offrent même ceci de curieux que dans chacun des deux groupes, malgré l'inégalité de leur importance numérique, l'on relève le même nombre de départements à moyenne supérieure à 50, à 60, à 70 et à 100 pour 10,000.

L'influence fâcheuse du *climat marin* est indéniable sur



AFFECTIONS DES OREILLES

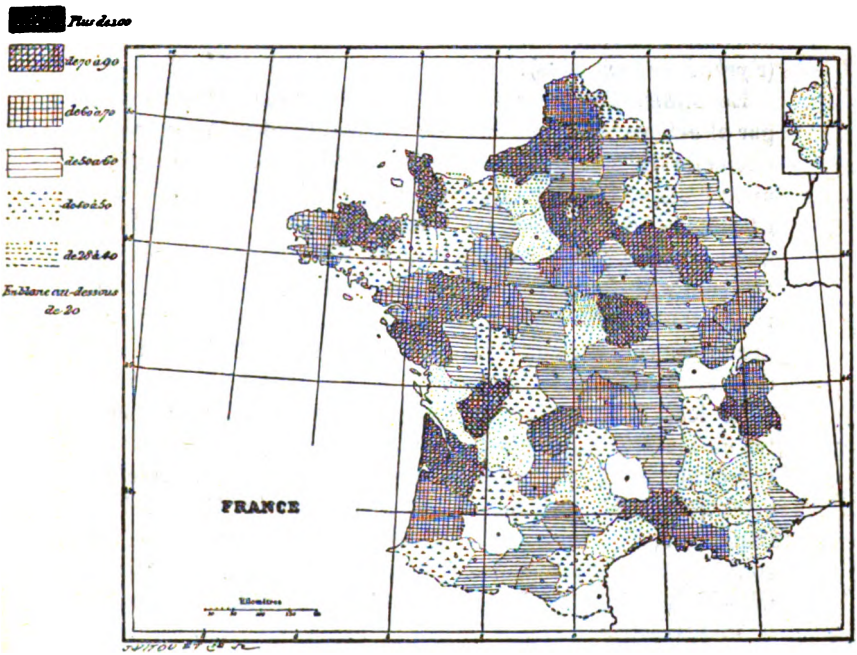
PROPORTION SUR 10000 CONSCRITS

Le nombre souligné indique le numéro d'ordre dans le classement; le second nombre donne la proportion sur 10000 des conscrits atteints d'affection des oreilles.

les populations des côtes de la Manche et de l'Océan. Dans les départements du littoral de la Manche, la moyenne des affections de l'oreille approche du maximum pour la Manche (139,22), et les Côtes-du-Nord (124,08); elle oscille entre 75,90 pour la Somme et 85,05 pour la Seine-Inférieure; elle est de 67,52 dans le Finistère, de 62,93 dans le Pas-

Digitized by Google

de-Calais. Seuls, le Calvados avec une moyenne de 49,42 et l'Ille-et-Vilaine avec 45,10, se trouvent au-dessous de la moyenne générale; l'on peut, il est vrai, considérer l'Ille-et-Vilaine comme un département peu maritime. La même remarque s'applique également sur le littoral de la mer du Nord au département du Nord, dont la moyenne n'est que de 47,23, elle aussi inférieure à la moyenne générale.



AFFECTIONS DES OREILLES

PROPORTION SUR 10000 CONSCRITS

Sur les côtes de l'Atlantique on relève, le Finistère laissé de côté, sept départements dont quatre présentent une moyenne supérieure à la normale; savoir : la Loire-Inférieure avec 67,50, la Vendée 77,50, la Gironde 81,88 et les Landes 60,44. Pour trois la moyenne est inférieure, le Morbihan avec 48,66, la Charente-Inférieure 28,63, et les Basses-Pyrénées 44,03; ce dernier département lui aussi est peu maritime.

Digitized by Google

Sur le littoral méditerranéen le climat marin ne fait pas sentir son influence d'une façon fâcheuse, ce qui, vu ses conditions spéciales, n'a rien de surprenant. Des sept départements côtiers, deux seulement offrent une moyenne supérieure à la moyenne générale : les Bouches-du-Rhône avec 72,26 et le Gard avec 79,87, et encore ce dernier ne fait-il que toucher la côte sur une bien faible étendue. Les autres départements donnent des moyennes de 52,85 (Alpes-Maritimes), 39,92 (Var), 38,24 (Hérault), 47,26 (Aude), 14,63 (Pyrénées-Orientales).

Le *climat de montagne* ne possède pas sur la morbidité par affections des oreilles une influence aussi appréciable que celle du climat marin. La raison s'en trouve probablement dans ce fait que la plaine, au pied des montagnes, est impressionnée par leur voisinage dans une zone relativement moins étendue que la zone du littoral, sur laquelle se fait sentir l'influence climatérique de la mer. En outre, les populations directement soumises aux conditions particulières de ces milieux sont plus denses sur le littoral que dans la montagne.

Le long de la chaîne des Pyrénées on rencontre, au centre du massif, trois départements où la moyenne des affections de l'oreille dépasse la moyenne générale, savoir : l'Ariège (56,79), la Haute-Garonne (78,19), les Hautes-Pyrénées (70,73), tandis que les deux départements extrêmes sont relativement indemnes (Basses-Pyrénées 44,03, Pyrénées-Orientales 14,63), surtout celui que baigne largement la Méditerranée.

Dans les Alpes, les deux Savoies (Haute-Savoie 68,18 et Savoie 71,13) fournissent une moyenne d'atteinte bien supérieure à celles que l'on trouve dans les départements montagneux plus méditerranéens (Hautes-Alpes 33,22, Basses-Alpes 33,33, Alpes-Maritimes 52,85).

La région montueuse du Nord-Est elle aussi compte des départements à moyenne élevée, tels le Jura (60,10), et le Doubs (62,19) ; mais à vrai dire, dans cette région et tout le long de la frontière franco-allemande les conditions climatériques sont complexes. A l'influence des montagnes il con-

Digitized by Google

vient d'ajouter celle plus générale de la latitude ; or, la prédominance des affections des oreilles dans le groupe formé par tous les départements du Nord de la France a déjà été signalée.

Enfin, il est à noter que dans le massif central on trouve des moyennes supérieures à la normale pour la Nièvre (134,52), l'Allier (55,60), la Creuse (57,42), le Puy-de-Dôme (66,21), la Loire (57,91), la Corrèze (79,36), le Lot (64,25).

Une dernière remarque que suggère encore la lecture des cartes I et II, c'est le contraste qui existe entre la situation favorable au point de vue de la morbidité spéciale par affections des oreilles dans les bassins du Rhône et de la Garonne et les moyennes plus élevées dans les bassins de la Seine et de la Loire.

Tout intéressantes que soient les données précédentes sur la répartition des affections des oreilles dans les divers départements, il ne saurait échapper qu'elles sont trop générales pour autoriser des déductions prophylactiques précises. Aussi serait-il utile, si les documents le permettaient, de serrer de plus près la question et de rechercher, non seulement quelle action exerce le climat, mais encore dans une zone plus restreinte, le canton par exemple, quels effets découlent des conditions diverses qui en font pour la population un milieu spécial.

Si les conditions climatériques rendent compte, dans une certaine mesure, de la fréquence variable des affections de l'appareil auditif suivant les départements, il est encore un facteur qui mérite d'être ici mis en relief. Aux conditions de milieu s'ajoutent les conditions individuelles de *race*, propres aux différents groupes de la population. Parmi ces derniers, il en est quatre que l'on doit tout particulièrement étudier (Lancereaux) ; ils occupent les départements armorico-bretons du nord-ouest, celtiques du centre, belges-normands du nord et aquitains-ligures du midi.

Le tableau III indique la moyenne des conscrits atteints d'affections d'oreilles sur 10,000 examinés pour chacun des départements compris dans ces quatre groupes :

Digitized by Google

Tableau III

Départements aquitains ligures du Midi.

6	Gironde	81,88	67	Tarn-et-Garonne	41,90
7	Gard	79,87	70	Lot-et-Garonne	40,02
9	Haute-Garonne	78,19	74	Hérault	38,24
16	Bouches-du-Rhône	72,26	74	Var	33,92
19	Hautes-Pyrénées	70,73	76	Basses-Alpes	33,33
41	Ariège	56,79	83	Vaucluse	28,57
48	Alpes-Maritimes	52,85	85	Gers	17,78
59	Aude	47,24	86	Pyrénées-Orientales	14,63
65	Basses-Pyrénées	44,03			

Départements belges-normands du Nord.

5	Seine-Inférieure	85,05	43	Orne	56,14
10	Seine-et-Oise	77,53	54	Aisne	50,16
12	Somme	75,90	60	Nord	47,23
14	Haute-Marne	72,46	62	Seine	46,41
15	Seine-et-Marne	72,34	68	Marne	41,63
18	Aube	70,83	69	Ardennes	40,59
27	Pas-de-Calais	62,93	72	Eure	39,76
35	Oise	58,53	73	Eure-et-Loir	38,94
32	Meuse	56,16			

Départements celtiques du Centre.

1	Nièvre	124,52	38	Loire	57,91
8	Corrèze	79,36	40	Creuse	57,42
20	Indre-et-Loire	69,48	44	Allier	55,60
24	Puy-de-Dôme	66,21	46	Rhône	53,61
25	Lot	64,85	51	Haute-Loire	51,35
30	Loiret	60,91	57	Cantal	49,25
36	Indre	58,48	75	Cher	36,30

Départements armorico-bretons du Nord-Ouest.

2	Manche	139,22	58	Morbihan	48,66
4	Côtes-du-Nord	124,08	63	Mayenne	45,87
22	Finistère	67,52	64	Ille-et-Vilaine	45,10
56	Calvados	49,42			

Ainsi : des 7 départements armorico-bretons du nord-ouest, 3 ont une moyenne supérieure et 4 inférieure à la moyenne normale.

Des 14 départements celtiques du centre, 11 ont une moyenne supérieure et 3 inférieure à la moyenne normale.

Des 17 départements belges-normands du nord, 10 ont une moyenne supérieure et 7 inférieure à la moyenne normale.

Digitized by Google

Des 17 départements aquitains-ligures du midi, 6 ont une moyenne supérieure et 11 inférieure à la moyenne normale.

Si l'on calcule la moyenne des atteintes de l'appareil auditif chez les conscrits de chacun de ces quatre groupes, 'on trouve pour 10,000 examinés :

74,27	malades dans les	dép.	armorico-bretons du nord-ouest.
61,30	—	—	celtiques du centre.
59,19	—	—	belges-normands du centre.
49,54	—	—	aquitains-ligures du midi.

Sans doute l'on hésitera à accepter le classement qui découle des moyennes précédentes, pour peu que l'on se donne la peine de relever sur le tableau III le numéro d'ordre qu'occupe chaque département dans le classement général établi d'après la fréquence décroissante des affections de l'oreille. L'on est choqué de trouver réunis la Manche et les Côtes-du-Nord, qui, vu le grand nombre de leurs conscrits malades, occupent le 2e et le 4e rang, avec la Mayenne et l'Ille-et-Vilaine, qui ont respectivement les numéros 63 et 64. Toutefois, abstraction faite de ce groupe armorico-breton, dans les trois autres l'on constate que, si les départements de tête occupent un rang élevé dans le classement général, les numéros d'ordre de la plupart des autres sont moins élevés dans le groupe celtique que dans le groupe belge-normand. Enfin, avec sa moyenne générale la plus basse, le groupe aquitain-ligure est principalement formé par les derniers départements de la liste inscrite au tableau I.

Ces moyennes, très dissemblables dans un même groupe de départements, démontrent que l'influence de la race comme celle du milieu climatérique sur le développement des affections de l'oreille comporte de nombreux correctifs. A notre époque, du reste, dans la population française, la fusion des races primitives s'est opérée plus ou moins complète, suivant les régions ; aussi chacun des groupes armorico-breton, celtique, belge-normand et aquitain-ligure est-il en réalité constitué par des départements dont la population n'est pas de l'un à l'autre de race parfaitement uniforme. Ne sait-on pas de plus que dans certains départe-

Digitized by Google

ments le type varie notablement d'un canton à l'autre ? Nouvelle preuve de la nécessité de prendre le canton comme base des données statistiques.

En résumé, la répartition géographique des affections de l'oreille en France, telle qu'elle découle des données fournies par l'examen médical des conscrits, porte à attribuer dans chaque département à son climat et à la race de ses habitants une certaine influence sur la morbidité de l'appareil auditif.

III

DE L'INCISION PRÉCOCE DU TYMPAN DANS L'OTITE MOYENNE AIGUE SIMPLE.

Par le Dr **MOUNIER**.

Il est généralement admis que la paracentèse du tympan est exclusivement réservée dans l'otite moyenne aigüe :

1° Quand il y a ballonnement excessif de la membrane ;

2° Quand la rougeur de cette dernière, accompagnée ou non de ballonnement, coïncide avec des douleurs violentes, soit spontanées, soit provoquées par la pression au pourtour du pavillon.

Dans le premier cas, l'incision a pour but d'éviter la rupture du tympan et, au lieu d'un orifice déchiqueté, d'avoir une plaie à bords nets, qui ne laissera après elle aucune perforation permanente.

Dans le deuxième cas, on débride largement pour donner le plus promptement possible issue au pus contenu dans la caisse, et parer aux complications possibles de l'otite moyenne.

En dehors de ces deux indications bien nettes, le traitement de l'otite moyenne catarrhale au début, avec sécrétion séro-muqueuse, ou simplement gonflement de la muqueuse, est plutôt médical que chirurgical. On a recours aux liquides

Digitized by Google

émollients ou narcotiques, versés chauds dans le conduit et gardés quelques minutes ; c'est ainsi qu'on a préconisé une infusion de camomille, une solution d'atropine, un mélange de chloroforme et laudanum et même la glycérine phéniquée à 1/10. Enfin, le sulfate de quinine à l'intérieur, les purgatifs drastiques, les sangsues au tragus, complètent les soins. On y joint le traitement des inflammations concomitantes du nez et de la gorge.

Quant à la douche d'air pour les uns, elle doit être employée seulement quand les phénomènes aigus sont amendés ; pour les autres, et nous sommes entièrement de leur avis, on doit s'en servir dès le début, avec ménagement, cela va sans dire.

Certains otologistes ont même préconisé dans les cas de collection muqueuse de l'oreille moyenne, les simples cathétérismes de la trompe avec insufflation ou aspiration par la poire à air, comme moyen de vider la caisse. Tout au plus, pensons-nous qu'on facilite, ainsi faisant dans une petite mesure la résorption des exsudats, à moins d'avoir affaire à des trompes larges, ce qui est loin d'être la règle dans les affections catarrhales de l'oreille.

La douche d'air, avec la poire de Politzer ou le cathéter, n'a qu'un but : aérer la caisse ; ce qui soulage considérablement le malade en diminuant les bourdonnements ainsi que les phénomènes de tension. Encore, préférerions-nous de beaucoup le cathétérisme, s'il n'y avait qu'une oreille atteinte, de peur d'infecter l'autre avec le Politzer qui chasse l'air et souvent les mucosités situées à l'entrée des trompes, dans les deux oreilles.

Ce que nous reprochons à ce traitement, pour ainsi dire classique, c'est la lenteur de la marche vers la guérison dans les cas simples, et le temps perdu dans les otites catarrhales qui évolueront plus tard vers la purulence ; évolution qu'une intervention plus hâtive aurait souvent enrayée, sans parler des reliquats de l'inflammation qui peuvent modifier profondément la muqueuse de la caisse et le jeu de la chaîne des osselets.

Pour nous, toute inflammation de l'oreille moyenne, ou du

Digitized by Google

tympan seul, bien que nous ne croyions guère à la myringite primitive, doit être traitée par l'*incision précoce de la membrane*.

Si l'on est en présence d'une simple congestion, on aura fait une saignée locale, bien plus active que les révulsifs, les réfrigérants ou les sangsues au pourtour du pavillon.

Si l'épanchement est déjà formé, on pourra l'évacuer par la brèche ainsi faite. A plus forte raison aura-t-on bien agi, si la caisse contient du muco-pus.

Quant aux dangers que l'intervention précoce fait courir au malade, nous ne les voyons guère ; la paracentèse du tympan faite avec des instruments propres et dans un conduit bien désinfecté, est absolument inoffensive.

A l'appui de notre manière de voir, nous avons joint à ce travail trois observations qui nous ont paru confirmer ce quo nous avançons. Ces trois cas sont des otites doubles catarrhales, traitées d'un côté par l'incision précoce, et de l'autre, par les simples douches d'air. Les résultats montrent l'excellence du premier procédé.

Nous avons tenu à donner des observations de malades atteints d'otite double, pour mieux montrer comparativement l'influence de chaque traitement sur chaque oreille ; c'était le seul point de comparaison dont nous pouvions user. On nous objectera peut-être, que souvent les deux oreilles ne sont pas prises au même degré ? Ce à quoi nous répondrons que dans les otites moyennes doubles débutant brusquement à la suite d'inflammations des muqueuses naso-pharyngiennes, l'infection a les plus grandes chances d'être égale des deux côtés, puisque son point de départ est le même, et que l'inoculation a été faite en même temps.

Nombreuses sont nos observations d'otite moyenne unilatérale, traitées par l'incision précoce du tympan ; nous croyons que la guérison a été plus rapide par ce procédé que par le procédé classique, mais nous ne pouvons comparer ce qui n'est pas susceptible de l'être, et nous nous contenterons des trois observations que nous allons donner.

Digitized by Google

Observation I

Homme de 38 ans, comptable, qui nous est adressé le 4 janvier pour quelques douleurs dans les deux oreilles, mais surtout pour une surdité presque complète survenue en deux jours.

L'embarras de l'ouïe s'est montré à la suite d'un mal de gorge.

Examen de l'oreille :

Diapason vertex nul.

Diapason mastoïdien D. et G. mal perçu.

Diapason au méat D. et G. = O.

Montre au méat = O, à D et à G.

Tympan *droit* rouge, non ballonné, présentant à sa surface une bulle sanguine, conduit normal. Tympan *gauche* rouge ; on n'y distingue plus, comme au droit du reste, le manche du marteau.

Le malade souffre fort peu, mais il est complètement sourd, avec sensation de plénitude dans la tête, et des bourdonnements.

Le Politzer passe mal et ne modifie pas l'état des oreilles.

Nous incisons aussitôt le tympan gauche dans le segment postéro-inférieur et nous faisons suivre d'une douche d'air. Écoulement de sang assez abondant; amélioration notable pour le diapason au méat et pour la voix, montre = O. On remet à la prochaine visite l'incision du tympan droit.

Nous prescrivons au malade :

Lavages boriqués tièdes 3 fois par jour.

Iodol dans alcool et glycérine par gouttes dans les oreilles après les lavages.

Fumigations nasales d'eau de camomille.

Nous revoyons le malade deux fois par semaine pendant le mois de janvier, et l'oreille gauche où nous avons pratiqué la paracentèse, est complètement guérie au bout de quelques jours:

Montre à 5 centimètres.

Diapason crânien normal.

Audition de la parole très bonne.

Tympan dépoli, légèrement épaissi, très mobile au Siegle.

Quant à l'oreille droite, pour laquelle, voyant la marche favorable de l'affection, nous ne sommes pas intervenu, nous contentant de faire des douches d'air au moyen de la sonde, elle a présenté jusqu'au 29 mars une vascularisaton très marquée du tympan. Nous avons noté en même temps des bourdonnements internes qui ont cédé aux insufflations d'éther par la trompe, combinées avec la raréfaction.

Digitized by Google

Le 25 avril le malade nous quitte en bon état :

Diapason normal à droite.

Montre perçue à 2 centimètres à droite.

Audition de la parole assez bonne.

Tympan mobile au Seegle, quoique assez fortement épaissi, terne, légèrement vascularisé au niveau de la membrane de Schrapnell.

Cet homme est un rhumatisant qui a souvent présenté quelques douleurs dans les épaules et les genoux et qui depuis déjà longtemps n'entendait sa montre que près de l'oreille.

Le 7 mai, nous revoyons le malade pour une sensibilité extrême de l'oreille droite au bruit et à la parole. L'épreuve des pressions centripètes nous montre que le son du diapason crânien du côté atteint, est presque complètement éteint pendant la pression, et nous diagnostiquons une poussée aiguë du côté du fond de la caisse, d'autant que le tympan est fort peu congestionné.

Pas de vertiges, quelques légers bruits.

Audition à peu près semblable à ce qu'elle était avant cette poussée.

Nous pratiquons des douches d'air chargées de vapeur d'iode ; sulfate de quinine 60 grammes par jour à l'intérieur. Au bout de la troisième intervention, à quelques jours d'intervalle, l'hypertrophie n'existe plus.

En résumé :

Otite catarrhale double, d'intensité égale pour les deux oreilles ; paracentèse à gauche suivie de guérison en quelques jours, et persistance manifeste de l'inflammation dans l'oreille droite qui présente même une nouvelle poussée au moment où elle paraissait presque revenue à l'état normal.

L'audition est meilleure du côté où l'on a pratiqué la paracentèse.

Observation II

Homme de 45 ans, qui nous est adressé le 18 mai dernier pour une douleur vive des deux oreilles, accompagnée de surdité presque complète.

Le début de l'affection remontait à deux jours, au moment de l'examen du malade, et les douleurs et la surdité avaient été précédées d'un coryza d'intensité moyenne. L'infection s'était donc faite manifestement par les trompes.

Digitized by Google

Examen de l'oreille :

Diapason vertex à peine perçu.
Diapason mastoïdien Dr. et G. + que par le méat auditif.
Montre = O à Dr. et à G.

Tympan Dr. rouge, à peine ballonné. On ne distingue ni le manche du marteau, ni l'apophyse externe; le conduit présente un léger décollement à la partie supérieure, il est rouge et très sensible au contact du stylet.

Tympan G. identique au Dr. comme aspect, le conduit est moins pris de ce côté.

Douleur mastoïdienne nulle à la pression pour les deux oreilles ;

Le sujet se plaint surtout de douleurs vagues dans les régions temporales, survenant par accès comme dans la névralgie, insomnie complète depuis le début de l'affection.

L'auscultation transauriculaire donne un résultat presque nul (diapason posé sur le crâne) et le malade a la sensation d'un clapotement dans les oreilles quand il marche.

Le Politzer ne modifie pas les signes, et passe mal, du reste. Malgré les résistances du patient qui est très pusillanime, nous incisons largement le tympan Dr. dans son cadre postérieur, et la douche d'air que nous faisons suivre, remplit le conduit de sang et de mucosités.

Cette intervention rétablit presque la normale pour le diapason qui est pour ce côté = par le méat et par les os. Montre = O.

Malgré la rapidité de l'intervention et le soulagement apporté dans la douleur de l'oreille droite, le malade ne veut rien entendre quand nous proposons l'incision du tympan G. qui nous semble tout indiquée eu égard à l'envahissement du conduit.

Lavages boriqués tièdes à 4 0/0, 3 fois par jour, faits avec une forte seringue (100 g.) alcool boriqué par gouttes dans les oreilles après les lavages :

Sulfate de quinine 60 grammes par jour en 3 cachets.

20 *mai.* — Ecoulement muqueux à droite et purulent à gauche où le tympan s'est perforé spontanément dans sa portion antéro-inférieure. Douleurs beaucoup moindres :

Diapason vertex normal.
Diapason mastoïdien Dr. et G. normaux.
Montre = O à Dr. et à G.
Bourdonnement d'oreille.

Digitized by Google

La douche d'air diminue considérablement les bourdonnements et augmente l'audition de la parole.

Montre = O pour les deux oreilles.

Nous revoyons le malade les 24, 27, 30 mai, les 4, 8, 11, 14 juin.

Il a été de mieux en mieux de l'oreille *droite* qui est guérie. Quant à l'oreille *gauche*, celle à laquelle il ne m'a pas été permis de toucher, elle ne suppure pas plus que la droite, mais le tympan est rouge dans sa partie supérieure et présente en avant du manche du marteau une petite perforation.

L'audition pour la montre est :

0,50 à Dr.

Et seulement 0,10 à G.

En résumé :

Otite double avec participation du conduit à droite, paracentèse de ce côté, refus du malade de se laisser opérer à gauche et perforation spontanée de ce côté.

Comme résultats : audition bonne à *droite* (côté où l'incision du tympan a été faite) plus faible à *gauche*, la guérison de l'otite de ce côté ayant demandé sensiblement plus de temps. De plus, l'oreille gauche était au dire du malade, la meilleure avant son inflammation.

Observation III

Jeune fille de 14 ans, soignée déjà par nous pour une rhinite chronique, et que nous voyons de loin en loin, est prise subitement de douleurs violentes dans les deux oreilles à la suite d'une recrudescence du catarrhe nasal :

Diapason vertex perçu à droite.

Diapason mastoïdien Dr. presque nul.

Diapason au méat Dr. = O.

Tympan rouge, mobile au Siegle on ne distingue plus le manche du marteau :

Diapason mastoïdien G. perçu.

Diapason au méat G. = O.

Montre = O.

Tympan rouge peu ballonné.

Cette jeune fille a déjà les oreilles en mauvais état de par sa rhinite chronique propagée aux oreilles moyennes :

Montre à 5 centimètres à l'état normal pour les deux oreilles.

Digitized by Google

Nous n'hésitons pas à pratiquer la paracentèse bien qu'il n'y ait ni douleurs mastoïdiennes au temporale, ni ballonnement du tympan.

L'incision de la membrane du côté Dr. ne laisse sortir après la douche d'air que du sang et l'enfant étant extrêmement énervée, il nous est impossible de noter si l'audition s'est améliorée.

Nous prescrivons des lavages antiseptiques de l'oreille : Acide phénique à 1 0/0, et des gouttes d'iodol en solution dans un mélange d'alcool et glycérine.

Nous ne revoyons cette enfant que 5 jours après; tout est rentré dans l'ordre du côté droit où l'oreille a recouvré son audition première. Quant au côté gauche, il est encore fort pris; on note peu de douleur, quelques bourdonnements, une surdité presque complète qu'améliore la douche d'air.

La malade devant ce résultat refuse de se laisser toucher l'oreille et le père qui l'accompagne étant peu partisan de l'intervention, nous en sommes réduit à nous contenter de cette thérapeutique et à ordonner des douches d'air que l'enfant sait, du reste, parfaitement faire.

Après 3 semaines, les bourdonnements ont complètement disparu, mais l'audition est plus mauvaise du côté gauche que de l'oreille où on a pratiqué la ponction du tympan.

Montre = au contact.

Diapason crânien = diapason au méat.

En résumé :

Otite double catarrhale chez une fillette atteinte de rhinite chronique; paracentèse à droite, douches d'air à gauche; rapide guérison à droite, durée des troubles de l'ouïe à gauche; acuité auditive consécutive, meilleure du côté opéré.

CONCLUSIONS :

Dans tous les cas d'otite moyenne, où le simple Politzer n'a pas pour ainsi dire guéri le malade en lui ôtant la tension dans l'oreille, ainsi que les bourdonnements, et rétabli le rapport normal entre le diapason mastoïdien et au méat, nous pratiquons la paracentèse du tympan.

L'intervention est précédée d'un nettoyage du conduit, au moyen d'un tampon de ouate hydrophile enroulé sur un stylet

Digitized by Google

et imbibé fortement de sublimé à 1/1000 ou d'acide phénique à 1/50. Avant le lavage, nous badigeonnons quelquefois le tympan avec une solution ds chlorhydrate de cocaïne à 1/5.

Nous suivons dans l'opération les règles ordinaires, sans toutefois porter la lame du bistouri en avant et au-dessus de l'umbo, comme l'indiquent certains auristes; nous préférons, suivant en cela les préceptes d'Hartmann, perforer la membrane dans sa portion postéro-inférieure, où se produit, du reste, presque toujours le ballonnement dans l'otite moyenne.

Les avantages de ce lieu d'élection sont les suivants:

1° C'est le point le plus éloigné de la paroi labyrinthique (fait sur lequel Hartmann insiste) ;

2° On décongestionne rapidement la portion la plus importante du tympan, étant donné les rapports profonds qu'il affecte avec la chaîne des osselets et les replis muqueux qui traversent la caisse.

Nous en sommes encore à regretter d'avoir fait trop tard la paracentèse, et nous pensons que l'incision précoce du tympan a une influence heureuse sur la rapidité de la guérison et consécutivement sur l'acuité auditive.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique pour le traitement des maladies des oreilles, par J. Baratoux (Paris. *Soc. d'Ed. Scient.* 1892. 1 vol. in-12 de 136 p.)

« Dans ce guide, dit l'auteur, nous nous attacherons surtout « à indiquer aux malades la manière d'appliquer le traitement « prescrit par le médecin. » A mon sens, ce petit livre peut prétendre à mieux; c'est un *vade mecum* d'otologie pratique, un peu trop dégagé peut-être de notions théoriques qui la soutiennent, mais dont la lecture ne peut être que fort profitable aux praticiens, à qui l'organisation de notre enseignement officiel laisse quelque peu ignorer ce qu'est une otorrhée, d'où elle vient et où elle va.

Digitized by Google

Dans l'armée, plus du quart des réformes (27 0/0) sont prononcées pour cause de surdité datant de l'enfance! Le livre de M. Baratoux fera œuvre utile en apprenant aux médecins les moyens d'abaisser ce désolant pourcentage. Mais réussira-t-il là où tant d'autres ont échoué avant lui? Je le lui souhaite.

M. L.

PRESSE FRANÇAISE

Otite suppurée; pseudo-rhumatisme infectieux, par F. Raymond et A. Netter. (*Bulletin médical*, p. 119, 7 février 1892.)

Homme de 43 ans. N'a jamais été malade, mais présente un écoulement de l'oreille droite qui remonte à quinze ans. Le 12 janvier, frisson violent, fièvre, douleurs articulaires : on porte en ville le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Le 18, le malade entre à l'hôpital. Fièvre vive; état typhoïde. Les mouvements des membres, surtout des bras, sont très douloureux. Aux poignets, aux coudes, aux cous-de-pied, rougeur diffuse, tuméfaction et même par places fluctuation. Le malade meurt, le 22, dans le coma, sans avoir présenté de nouveaux phénomènes.

A l'autopsie, arthrites suppurées multiples; broncho-pneumonie terminale ; mais il n'y a pas de suppuration des séreuses, pas d'abcès métastatiques des viscères. L'oreille moyenne droite renferme un pus fétide ; la membrane du tympan a disparu.

Les examens bactériologiques et les cultures montrent qu'il s'agit d'une infection pure par le streptococcus pyogenes ; seule la broncho-pneumonie terminale est due au pneumocoque associé au pneumo-bacille. Dans le pus de l'oreille droite, le streptocoque existe, mais associé à de nombreuses espèces bactériennes.

Un intérêt considérable s'attache à cette observation, et cela à deux points de vue.

Elle permet d'abord l'exacte détermination pathogénique du *pseudo-rhumatisme infectieux* de Bouchard et Bourcy ; l'absence de suppurations métastatiques viscérales amène les auteurs à l'opposer à la vulgaire infection purulente, à suppuration

Digitized by Google

articulaire, mais aussi à foyers pyohémiques multiples intra-parenchymateux; le streptocoque pyogène dans le premier cas, le staphylocoque doré dans le second, impriment à la phénoménalité clinique des accidents qu'ils engendrent, une allure probablement en rapport avec la façon dont le foyer primitif infecte l'économie.

Mais elle nous intéresse surtout en ce sens qu'elle relate la complication d'un pseudo-rhumatisme infectieux au cours d'une otorrhée; la porte par où la maladie de Bouchard envahit l'économie s'est quelquefois ouverte au niveau de l'amygdale; jamais encore on n'avait signalé la pénétration par l'oreille. Or, la netteté de l'observation présente ne laisse aucun doute à ce sujet; il faut donc ajouter cette complication redoutable à la liste déjà nombreuse de celles qui aggravent le pronostic de l'otite chronique à streptocoques. M. L.

Note sur deux cas d'otite moyenne purulente contenant le bacille pyocyanique à l'état de pureté, par MARTHA. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, n° 1, 1er janvier 1892.)

Sur 53 cas de suppuration de la caisse examinés au point de vue bactériologique, Martha a trouvé deux fois, dans des otites moyennes purulentes datant l'une de quatre, l'autre de trois mois, le bacille pyocyanique à l'état de pureté dans le pus. Il a essayé, mais en vain, de reproduire l'otite moyenne pyocyanique en inoculant des cultures pures dans la caisse de plusieurs animaux; du reste, on sait que ce résultat expérimental est difficile à obtenir, même avec des microbes pyogènes. Malgré cela il persiste à croire que le bacille pyocyanique, par cela même qu'il existait à l'état de pureté dans l'écoulement, était l'agent pathogène de l'otite purulente, au moins dans un cas, car dans l'autre le malade était manifestement tuberculeux.

M. L.

Otite moyenne suppurée; symptômes de méningite partielle et de pyohémie; guérison, par ANDRÉ MOUSSOUS. (*Archives cliniques de Bordeaux*, p. 42, n° 1, janvier 1892.)

Cette observation doit son intérêt à la façon heureuse, mais exceptionnelle, dont a évolué la méningite. M. L.

Du danger des manœuvres faites en vue d'extraire les corps étrangers de l'oreille, par LUC. (*Revue gén. de clinique et de thérapeutique*, p. 162, 16 mars 1892.)

Luc pose les règles suivantes :

Digitized by Google

1° Quand un corps étranger, non susceptible d'être gonflé par l'eau, aura pénétré dans un conduit auditif, on essayera tout d'abord d'en obtenir l'expulsion en pratiquant une forte injection d'eau tiède dans l'oreille, tandis que le pavillon sera attiré en arrière.

2° Si le corps étranger a été poussé dans le fond du conduit auditif ou dans la caisse du tympan, c'est encore aux injections d'eau tiède que l'on aura recours. On tentera de les pratiquer, la tête du malade pendant complètement en bas, dans le cas où elles auraient échoué dans la position normale de la tête.

3° Si ces moyens échouent, on ne sera autorisé à se servir d'instruments divers (crochets, pinces, etc.) que dans le cas où l'on aurait une habitude suffisante de l'otoscopie. Les manœuvres à l'aveugle sont trop souvent nocives et inutiles et doivent être proscrites.

4° Quand le corps étranger est enclavé dans le bas de la caisse, de préférence aux pinces, qui ne saisissent rien au fond d'un conduit étroit, et aux crochets durs d'acier, qui risquent de se briser, on se servira de petites tiges de fer malléables différemment coudées suivant les cas et susceptibles de se laisser facilement insinuer et engager par leur extrémité coudée derrière quelque saillie ou rebord du corps étranger.

5° Toute manœuvre tant soit peu douloureuse doit être pratiquée à la faveur du sommeil chloroformique, qui supprime les mouvements intempestifs et dangereux du malade.

6° Si les moyens précédents échouent, on aura recours à l'opération du décollement du pavillon suivie de l'incision du conduit auditif membraneux et, au besoin, de la résection, au moyen de la gouge et du maillet, d'une portion du rebord osseux du fond du conduit auditif, dans les cas où les dimensions du corps étranger ainsi que son degré d'enclavement en rendraient l'extraction impossible sans cette opération complémentaire. M. L.

Considérations sur l'hématome de l'oreille et sa pathogénie, par V. Parant. (*Soc. de méd., de chirurg. et de pharm. de Toulouse*, décembre 1891.)

Observation montrant que l'hématome de l'oreille peut survenir chez les aliénés sans intervention de violences d'aucune sorte. Dans un cas, Parant voit survenir un double hématome chez un aliéné qui, criant avec force, se congestionnait la face. Inversement, un aliéné se frappe la tête contre les murs, dé-

Digitized by Google

termine de larges ecchymoses sur ses deux oreilles, mais ne produit pas d'hématome. On a donc eu tort d'admettre l'intervention nécessaire du traumatisme dans l'étiologie de l'hématome : celui-ci dépend bien plutôt de troubles vaso-moteurs.

M. L.

Kyste dermoïde de la région mastoïdienne, par P. Gilis (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, février-mars 1892.)

Ce kyste, placé dans le sillon auriculo-mastoïdien adhérait à la nuque et projetait l'oreille en avant. Il avait un pédicule fibreux s'enfonçant dans le conduit auditif externe pour s'insérer à la portion postéro-supérieure de la paroi osseuse du conduit. Il contenait du caséum et des poils. L'auteur rattache ce kyste à l'évolution de la première fente branchiale. P. G.

Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'oreille, par Charazac. (*Revue de laryngologie et d'otologie*. 1er-15 janvier et 1er février 1892).

Les tumeurs malignes de l'oreille s'observent surtout au pavillon et quelquefois à l'oreille moyenne. L'oreille interne en est exceptionnellement le siège. Le cancer du pavillon est surtout observé chez l'homme, et généralement après 40 ou 50 ans, comme, du reste la plupart des cancers. C'est l'épithélioma qui est la forme la plus commune.

Le cancer de l'oreille moyenne est le plus souvent consécutif soit au précédent, soit à des tumeurs malignes du voisinage : pharynx, langue, os du crâne. Dans ces cas il est possible de le reconnaître, mais il n'en est pas de même quand le cancer est primitif, ou quand il survient dans le cours d'une otite moyenne suppurée ; il en a tous les signes, et c'est seulement l'examen d'une portion de tumeur qui permet de faire le diagnostic. L'épithélioma est une variété fréquente, mais on peut trouver du sarcome, du fibro-sarcome, du myxo-sarcome, et l'affection peut quelquefois se rencontrer chez les jeunes sujets.

La description de ces différentes formes est bien présentée, appuyée de bonnes observations et d'une longue bibliographie.

A. G.

Observations et expériences sur l'otocariase symbiotique des carnivores, par Bailliet et Cadiot. (*Société de biologie*, séance du 6 juin 1892, p. 101.)

Cette affection est spéciale, d'après les auteurs, au chien, au

Digitized by Google

chat et au furet, elle est caractérisée par la présence des symbiotes auriculariens, elle se développe dans le cérumen du conduit auditif externe où elle forme à la surface de petites taches grisâtres. Les effets sont variables suivant l'âge du sujet; les jeunes animaux succombent facilement avec des symptômes nerveux rappelant l'épilepsie réflexe; ils ne mangent pas et périssent. Mais si l'affection est reconnue, elle est facile à guérir par des lavages tièdes et l'injection de solution de sulfate de potasse. L'intérêt de cette présentation est dans les expériences faites d'un de ces animaux à un autre et montrant la contamination facile. La grosseur du parasite est variable; l'animal est plus gros chez le chien que chez le chat et chez ce dernier que chez le furet. A. G.

Acariens de l'oreille chez le lapin, paraplégie réflexe, par LAVERAN. (*Bulletin de la Société de biologie*, séance du 27 février 1892, p. 169.)

L'auteur observa un lapin qui unissait sans cause connue à une paralysie du train postérieur, depuis 2 mois, des croûtes dans les oreilles. A l'autopsie, après sacrification de l'animal, on examina le cérumen, et à l'œil nu on distingua de petits grains mobiles blanchâtres, qui n'étaient autre chose que des acares. Ces parasites étaient très nombreux au fond du conduit auditif; les oreilles moyennes étaient saines. Les centres cérébro-spinaux étaient absolument normaux. L'auteur admet l'existence d'une paraplégie réflexe. A. G.

Valeur symptomatique du réflexe de l'accommodation binauriculaire, par GELLÉ. (*Bull. de la Soc. de biologie*, séance du 14 mai 1892, p. 413.)

On sait que sur une oreille saine, d'après les recherches de notre collaborateur, une pression légère sur le tympan peut modifier l'audition du côté opposé. Gellé cite des cas où ce réflexe a disparu, par exemple dans le cours de la pachyméningite cervicale; plus récemment il l'a vu disparaître dans le cours des lésions spontanées ou traumatiques du labyrinthe, causant la surdité (traumatisme ou goutte); il a vu aussi sa disparition dans les scléromes avancés du tympan, quand l'étrier ne bouge plus.

Le réflexe est conservé dans les hémisurdités hystériques, et dans les lésions cérébrales très variées, mais il disparaît toujours quand la lésion siège sur le trajet des conducteurs, sur le

Digitized by Google

nerf auditif, dans la moelle allongée. La perte du réflexe n'est pas liée à celle de l'audition; ainsi un individu qui entend peut avoir perdu cette faculté. L'auteur cite des faits de lésion protubérantielle où le réflexe avait disparu, l'audition existant, et serait un signe de plus, dans certains cas, de lésion protubérantielle.

A. G.

Note sur le rôle de l'appareil de Corti dans l'audition, par Beauregard. (*Bulletin de la Société de biologie*, séance du 11 juin 1892, p. 521.)

La membrane de Corti joue dans l'audition un rôle qui a été diversement interprété; membrane vibrante directement sous l'influence des vibrations transmises par le liquide de l'oreille interne (théorie d'Helmholtz) ou bien membrane recevant purement et simplement le choc des vibrations du liquide (Gellé). L'auteur, s'appuyant sur l'observation des différents animaux à audition fine ou obtuse et sur les préparations histologiques de l'appareil interne de l'audition, pense que le rôle de la membrane de Corti est très considérable dans la perception des sons, car chez les animaux dont l'ouïe est extraordinaire, cet appareil a une épaisseur et une rigidité toute particulières. La membrane de Corti n'est donc pas un étouffoir des sons, comme certains l'ont pu penser, ce serait plutôt un appareil de renforcement. Chez les animaux dont l'ouïe est obtuse, cette membrane est beaucoup plus mince.

A. G.

Note sur le rôle de la fenêtre ronde, par Beauregard. (*Bulletin de la Société de biologie*, séance du 18 juin 1892, p. 555.)

Remarques faites par l'examen de la structure de différents animaux variablement doués au point de vue de l'audition. Le rôle de la fenêtre ronde est très effacé chez les animaux dont l'ouïe est très fine, la direction de cette fenêtre ronde n'est même pas favorable à la propagation du son vers l'oreille interne. La fenêtre ronde par sa présence très *caractérisée* chez les animaux dont l'ouïe est obtuse semble bien par conséquent ne pas avoir une grande importance dans l'accomplissement et de cette fonction.

A. G.

Lupus du larynx. Examen histologique. Cellules géantes fournies par dégénérescence des alvéoles glandulaires, par E. Leredde (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, mars 1892).

Il s'agit d'un malade du service de M. Besnier, que Marty a

Digitized by Google

étudié et qui n'avait que du nasonnement. Le voile du palais est détruit, le pharynx présente des traînées rouges, l'épiglotte est pâle et recroquevillée, l'entrée du larynx est oblongue, du volume d'une plume d'oie et laisse voir des saillies mûriformes.

Poussées de dyspnée ; pas d'aphonie ; mort. A l'autopsie, cordes vocales inférieures intactes.

Histologiquement le tissu lupique montre un épithélium superficiel infiltré de cellules embryonnaires ; le derme contient les mêmes cellules. Il y existe de la périartérite et de l'endoartérite. Sous une zone conjonctive limitante, apparaît le tissu glandulaire dont les interstices sont infiltrés d'éléments embryonnaires. Quelques glandes sont détruites, d'autres présentent dans leurs lobules altérés d'énormes cellules géantes au nombre de 2 à 5 par lobule. En analysant avec soin les préparations, ces cellules géantes apparaissent nettement formées aux dépens des alvéoles glandulaires. P. G.

Traitement de la tuberculose du larynx, par le Dr Gouguenheim. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 6, p. 83, 10 février 1892.)

Les tuberculeux du larynx viennent consulter pour un des trois symptômes suivants : dysphagie, dysphonie, dyspnée. De là découle une triple indication thérapeutique.

1° Contre la *dysphagie*, rien ne surpasse la *cocaïne ;* mieux vaut appliquer directement sur le larynx avec une éponge mouillée la solution concentrée parfois jusqu'à 1/3, que de conseiller les pulvérisations, dans lesquelles il est impossible de mesurer la dose du médicament employé. Les applications de *menthol* amènent une anesthésie plus durable ; mais la réfrigération initiale de ce médicament le rend parfois insupportable aux malades. L'*ablation* d'énormes infiltrations aryténoïdiennes avec l'emporte-pièce construit par Mathieu sur les indications de l'auteur améliore parfois étonnamment la dysphagie. Cette opération, contre toute attente, est très bien supportée.

2° La *dysphonie* est plus difficile à améliorer. Les infiltrations et ulcérations qui la causent sont heureusement modifiées par les insufflations d'*iodoforme*, les badigeonnages à l'*acide lactique* dilué (1/3, 1/1, 3/1) ou au *naphtol camphré ;* ce dernier agent prévient heureusement la récidive des tumeurs papillomateuses après le curetage. Quand l'aphonie résulte de la présence de végétations tuberculeuses, on la modifie heureusement en enlevant celles-ci avec la pince coupante.

Digitized by Google

3° Contre la *dyspnée*, un seul traitement, la *trachéotomie*, qui ne comporte presque pas de contre-indications. Préalablement, on peut faire faire au malade des inhalations de chloroforme qui l'aident à respirer. Il ne faut pas attendre, pour opérer, l'arrivée de grands accès de suffocation, qui rendraient l'intervention singulièrement périlleuse. Mieux vaut inciser la trachée que l'espace intercrico-thyroïdien. Car, chez les tuberculeux, on a souvent chance de rencontrer des périchondrites insidieuses, qui gêneraient le maintien en place de la canule. La trachéotomie doit être faite en trois temps, sans chloroforme : il suffit de l'injection sous-cutanée d'un centigramme de cocaïne pour insensibiliser la peau. 1er temps : incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané à l'aide du bistouri. 2e temps : avec la sonde cannelée, soulever les aponévroses, que l'on sectionne avec le thermocautère porté au rouge sombre ; écarter les muscles, faire soulever le corps thyroïde par un aide, et enfin découvrir la trachée. 3e temps : scier deux anneaux et introduire la canule. De cette façon, l'opération est faite à blanc.

L'auteur condamne en l'espèce l'emploi du tubage. « C'est, dit-il, une mauvaise pratique dans la maladie qui nous occupe, car ces instruments sont mal supportés et peuvent produire des ulcérations. Je ne comprends la dilatation que dans le cas de rétrécissements fibreux. » M. L.

Sur un cas de laryngite striduleuse guérie par la dilatation forcée du larynx, par le Dr Constantin Paul. (*Bull. gén. de thérapeutique*, p. 326, 25 janvier 1892.)

Renou (de Saumur) considérant que la dyspnée paroxystique du croup est en partie due au spasme laryngé, imagina de combattre celui-ci suivant un procédé banalement employé contre les spasmes de l'anus, par la dilatation forcée. Constantin Paul a appliqué cette méthode au traitement de la laryngite striduleuse. Il rapporte l'observation d'un enfant de 14 mois, atteint d'accès de faux croup tels que la trachéotomie s'imposait. Pendant un accès, il fit une dilatation de la glotte avec le dilatateur à trois branches de Laborde ; l'enfant rendit des mucosités abondantes. Peu à peu le tirage diminua, et à partir de ce moment les accès ne se reproduisirent plus. M. L.

De la dilatation du larynx dans la laryngite striduleuse, par Constantin Paul. (*Société de thérapeutique*, séance du 10 février 1892.)

L'auteur rapporte un nouveau fait où il fit cesser un accès de

Digitized by Google

laryngite striduleuse chez un enfant en dilatant la glotte à l'aide d'une pince à écartement parallèle. Après trois ou quatre pressions successives, les spasmes cessèrent ; il y eut encore trois petits accès d'oppression dans les vingt-quatre heures, mais sans menaces d'asphyxie. M. L.

Du traitement de certaines formes de laryngite chronique (non tuberculeuse) par l'emploi local du naphtol camphré, associé ou non au grattage ou au curetage, par P. Tissier. (*Annales de médecine*, p. 54, 17 février 1892.)

On sait combien rebelle à nos moyens thérapeutiques se montre la laryngite chronique. Pour y réussir, il faut deux choses : guérir le catarrhe naso-pharyngien, qui le plus souvent, l'engendre ; agir directement sur l'organe malade. Le naphtol camphré a donné, entre les mains de l'auteur, des résultats rapides et remarquables, dans la forme où la lésion intéresse surtout l'épithélium. Cet agent doit être porté deux fois par semaine dans le larynx à l'aide d'une tige porte-ouate ; il est infiniment moins douloureux que l'acide lactique ou le nitrate d'argent ; il produit une courte suffocation, puis une sensation de chaleur durant en moyenne deux heures. Trois à quatre séances suffisent ordinairement à assurer la guérison. Le salol camphré est d'une efficacité moindre : on le doit cependant préférer si la laryngite a une évolution subaiguë. Quand la muqueuse laryngée présente une évolution pachydermique très proliférante, il est indiqué de commencer le traitement en enlevant les épaississements et végétations à l'aide d'une curette ou d'une pince emporte-pièce. M. L.

Du pronostic et du traitement de la laryngite simple suffocante chez les jeunes enfants, par H. Dauchez. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, p. 201, 30 mars 1892.)

Deux formes de laryngite aiguë sont ordinairement décrites par les auteurs classiques. Tantôt les phénomènes laryngés éclatent brusquement pendant la nuit et cessent comme par enchantement : type laryngite striduleuse. Tantôt la laryngite s'installe doucement, altérant la voix, amenant de la fièvre, mais ne troublant pas la respiration : type laryngite aiguë simple. Entre ces deux formes, Dauchez propose d'intercaler un type intermédiaire : laryngite débutant brusquement pendant la nuit, même dans la laryngite striduleuse, prenant ensuite les allures de la laryngite simple pour devenir peu à peu suffo-

Digitized by Google

cante au point de mettre la vie en danger. Dans un cas de ce genre, Dauchez, à un moment où le tirage semblait justifier la trachéotomie, obtint une sédation très rapide de symptômes en appliquant une sangsue au devant du cou de l'enfant. M. L.

Accidents laryngés dus à l'expulsion des lombrics, par Louis Divet. (*Gazette hebdomadaire*, n° 2, p. 20, 9 janvier 1892.)

Un enfant est pris subitement dans la nuit de suffocation avec cornage et toux croupale. Le lendemain, cyanose, asphyxie: l'idée d'une trachéotomie s'impose. Puis, dans un effort de vomissement, l'enfant rejette deux énormes lombrics. Les jours suivants, peu à peu, dyspnée et cornage disparaissent. M. L.

Un cas de mutisme hystérique, par Marcel Natier. (*France médicale* et *Paris médical*, p. 179, 18 mars 1892.)

Femme de 35 ans, alcoolique et hystérique. De par sa lignée maternelle, elle appartient à la famille névropathique. Fréquentes attaques d'hystérie; hémihypoesthésie droite avec quelques points hyperesthésiques.

Deux fois la malade est devenue muette, d'une façon subite; chaque fois elle a retrouvé la parole brusquement, à la suite d'un accès de colère. Quand elle se présente à l'examen, elle est muette depuis trois semaines. Le laryngoscope montre une paralysie totale des cordes vocales en abduction. Sous l'influence d'un traitement stimulant (strychnine, électrisation externe des récurrents) les cordes vocales reprennent progressivement leurs mouvements d'adduction; cependant le mutisme persiste. Le cinquante-neuvième jour, à la suite d'une vive émotion, la parole reparaît brusquement. M. L.

Note sur les altérations de la voix produites par les inhalations d'eau de laurier-cerise et de cyanure de potassium, par le Dr Sandras. (*Soc. de médecine pratique*, séance du 11 février 1892, et *Bull. et mém. de la Soc. méd. prat.*, p. 172, 1er mars 1892.)

Les inhalations de ces substances produisent rapidement une diminution notable de la force et de l'étendue de la voix pouvant aller jusqu'à l'aphonie complète. A rapprocher de ce fait constaté par Faure, Battaille, etc., que l'odeur des fleurs altère la voix des chanteurs. M. L.

Digitized by Google

Cranio-tabes ou occiput mou, par le Dr Jules Comby. (*Bul. et mém. Soc. méd. des hôpitaux*, p. 169, séance du 18 mars 1892.)

Par un côté, ce travail nous intéresse spécialement, à propos des rapports qui unissent le cranio-tabes au spasme glottique. Le cranio-tabes fut étudié pour la première fois par Elsässer en 1843 sous le nom d'occiput mou ; il consiste dans un ramollissement des os du crâne, intéressant spécialement l'occiput, et se montrant dans la première enfance. Est-ce une maladie autonome? Est-ce seulement le premier échelon du rachitisme ? On n'a encore pu s'entendre sur ce point, et Comby penche vers le dualisme.

Elsässer a établi un rapport de cause à effet entre le *spasme de la glotte* (asthme thymique) et le *cranio-tabes*, qui se rencontrent chez les sujets du même âge. Cette hypothèse est devenue classique en Allemagne, où la maladie a été beaucoup mieux étudiée que chez nous. Elsässer attribuait le spasme de la glotte à la compression du cerveau, que l'occiput ramolli ne préserve plus contre les effets du décubitus. Vogel cite des cas où l'on pouvait à volonté déterminer le spasme de la gotte en appuyant sur l'occiput ramolli. Cependant, de l'avis de la majorité des auteurs, la théorie d'Elsässer est insoutenable, le spasme glottique s'observant chez des enfants dont l'occiput est normal et manquant chez d'autres dont l'occiput est parcheminé. La majorité des médecins allemands voient dans le cranio-tabes un rachitisme crânien : or, on sait le rôle qu'ils font jouer au rachitisme dans la production des convulsions internes et externes; c'est donc uniquement en sa qualité d'accident rachitique qu'à leur avis le cranio-tabes favoriserait le spasme de la glotte.

Comby ne peut souscrire à ces conclusions. Non seulement il nie l'identité de nature du rachitisme et du cranio-tabes, mais il se refuse également à admettre que celui-ci joue un rôle dans la pathogénie de la névrose laryngée. D'ailleurs, à l'hospice des Enfants-Assistés, où la cranio-malacie est fréquente, jamais on n'a signalé de relations entre elle et le spasme de la glotte.

A l'appui de son dire, il présente six enfants atteints de cranio-tabes et dont aucun n'a d'accidents laryngo-spasmodiques. Et il conclut ainsi : le spasme de la glotte est une névrose laryngée qui se rencontre chez les enfants indemnes de cranio-tabes et qui manque chez ceux qui en sont porteurs ; ce seul

Digitized by Google

fait, mis en évidence par beaucoup d'auteurs, ruine la théorie d'Elsässer. M. L.

Les tumeurs malignes épithéliales des fosses nasales, par Robert Dreyfuss (de Strasbourg). (*Arch. intern. de laryngologie*, tome V, n° 2, mars-avril 1892.)

Observation très bien prise et montrant les difficultés qui entourent le diagnostic de l'épithéliome des fosses nasales. Il s'agit d'une femme de 64 ans, affectée depuis trente ans d'une rhinorrhée fétide. La rhinoscopie montre : à gauche un cornet inférieur atrophié, un cornet moyen hypertrophié, tous deux recouverts d'une grande quantité de pus infect; à droite, cachées par un éperon, une série de tumeurs rouges, lisses, du volume d'un pois, occupant la région du méat moyen; la sonde de Schæffer, enfoncée à ce niveau, rencontre un os rugueux; diagnostic : empyème des cellules ethmoïdales; curetage, lavages. Aucune amélioration. Quèlques jours plus tard, Dreyfuss ouvre successivement le sinus sphénoïdal droit et le sinus frontal, d'où s'écoule une suppuration fétide. Soumises à l'examen microscopique, les petites tumeurs se montrent constituées par un simple tissu de granulation.

Un mois plus tard, Dreyfuss enlève de la voûte nasale un fragment de tumeur que le microscope montre être cette fois un carcinome à épithélium plat. On discute une intervention radicale, qui est repoussée, vu l'âge de la malade et la crainte d'ouvrir le crâne.

La malade meurt de méningite purulente.

L'auteur croit que la rhinite chronique invétérée, avec métaplasie et prolifération consécutive de l'épithélium, a joué un rôle, toutefois secondaire, dans la production du néoplasme. Il n'est pas impossible non plus que l'épithélium se soit développé aux dépens de granulations produites par l'ethmoïdite nécrosante résultant elle-même des empyèmes des cavités accessoires. Nicoladini a décrit des processus semblables.

Dans une seconde partie de son travail, Dreyfuss donne une monographie du carcinome du nez, faisant remarquer combien ce chapitre est d'ordinaire négligé dans les traités de pathologie. Quelques points méritent d'être relevés dans cette étude ; ainsi l'auteur n'hésite pas à ranger à côté des épithéliums les néoplasmes encore peu connus décrits par Hooper sous le nom de papillomes durs, par de Buengner sous celui de *verruca dura;* ce dernier place au contraire ces papillomes parmi les néo-

Digitized by Google

plasmes bénins, en se fondant sur ce fait que le revêtement épithélial ne pénètre en aucun point dans le tissu conjonctif sous-jacent; mais leur récidive presque constante ne permet pas une telle assimilation.

Dreyfuss insiste d'autre part sur la rareté des hémorragies spontanées au cours du carcinome nasal, fait en contradiction avec les données classiques. Il montre également la rareté de l'engorgement ganglionnaire correspondant. Relativement au pronostic, les cancers du septum valent mieux que ceux de la voûte du nez, parce que, se développant en dehors de l'orifice des narines, ils frappent plus tôt l'attention du malade et permettent un diagnostic plus précoce. D'autre part, le carcinome se prête mieux à une extirpation radicale sans qu'on coure le danger d'ouvrir la boîte crânienne et de provoquer une méningite mortelle. M. L.

Kystes par rétention glandulaire de la partie antérieure des fosses nasales (deux observations), par H. CHATELLIER. (*Arch. intern. de laryngologie*, mars-avril 1892, page 88).

I. — Femme de 55 ans. Tumeur arrondie, saillant à l'extérieur, soulevant la peau de l'aile du nez, et comblant en dedans le vestibule; mobile, du volume d'une amande, un peu rénitente; ni douleur ni fièvre; évolution insidieuse. Diagnostic : kyste développé aux dépens d'une des glandes de la muqueuse nasale. Une ponction exploratrice ramène un liquide visqueux, brunâtre, renfermant de nombreux streptocoques. A la suite de la ponction, érysipèle léger de la face. Récidive de la tumeur. Deuxième intervention : ouverture et cautérisation de la poche au galvano-cautère; guérison.

II. — Femme de 32 ans. Tumeur indolore, à évolution lente, du volume d'une amande, mobile, sans changement de couleur des téguments, faisant saillie entre le nez et la joue droite et comblant le vestibule. Même diagnostic. La ponction ramène un liquide filant, muco-purulent. Lavage de la cavité avec la liqueur de van Swieten. Guérison. M. L.

Étude critique sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale, par POTIQUET. (*Médecine moderne*, 17-24 mars 1892, nos 11 et 12).

Cet article, des plus intéressants, marqué au coin de ce judicieux sens critique auquel nous a habitués son auteur, demande à être lu en entier; c'est un régal pour l'esprit qu'un travail de

Digitized by Google

rhinologie, empiétant ainsi sur le domaine de l'anatomie comparée, et ne limitant pas son effort scientifique à modifier la forme d'une pince ou à rééditer pour la centième fois un réflexe nasal.

Pour l'instant, Potiquet limite son étude aux déviations de la cloison, laissant de côté ce qui a trait aux épaississements. Elles sont au reste si fréquentes qu'il est tenté de dire avec Scheele qu'une cloison droite est exceptionnelle chez l'Européen : en revanche, contrairement à Hopmann, il n'a jamais rencontré de courbures du bord postérieur de la cloison : il a seulement vu que ce bord, tout en demeurant rectiligne, peut diviser inégalement les cloisons en se rapprochant davantage du bord externe de l'une d'elles. « De toutes les inflexions de la « cloison, la plus fréquente et la plus marquée est celle qui, « longeant le bord supérieur du vomer et son voisinage, va du « prémaxillaire au bec du sphénoïde. Là est la déviation qu'on « peut qualifier de maîtresse. » Des débats contradictoires engagés depuis longtemps au sujet de cette déviation, aucune conclusion ne peut être tirée : peut-être cependant la cloison s'inclinerait-elle un peu plus souvent à gauche qu'à droite.

Mais pourquoi cette déviation ? Chaque auteur a apporté son explication : et c'est le cas de dire que richesse étiologique signifie pauvreté. Aucune ne résiste à une argumentation sérieuse.

Wecker accuse l'habitude de se coucher toujours sur le même côté : mais le nez le plus dévié qu'il ait vu appartenait à un individu qui dormait sur le dos. Baumgarten croit à la pression exercée par le tissu érectile des cornets; or les dissections de Potiquet lui ont montré qu'il s'agit là d'impressions toutes superficielles, nettement différente des profondes incurvations d'une cloison déviée. Peut-on, avec Miot, avec Lœvy, incriminer la syphilis, le rachitisme? mais alors ce serait admettre qu'il n'y a parmi nous que de vérolés ou des bossus.

On ne saurait non plus souscrire aux conclusions de Châtellier, sur le rôle étiologique qu'il fait jouer aux tumeurs adénoïdes : rien n'autorise à admettre un défaut de parallélisme entre le développement des parois interne et externe du nez. Quant à la prétendue saillie du bord inférieur du vomer, lequel, pour échapper à l'incurvation, ferait parfois hernie dans la bouche entre les deux apophyses palatines du maxillaire, elle mérite une interprétation différente. L'étude de nombreux crânes a montré à Potiquet que cette crête tranchante n'est qu'une exagération de la saillie normale du bord inférieur de la suture médio-palatine; quant au

Digitized by Google

bord inférieur du vomer, il est si ténu qu'il doit être innocenté, d'autant plus que la plupart du temps il ne vient même pas au contact du plancher des fosses nasales. Au reste cette crête, faussement attribuée à la hernie du vomer, c'est le *torus palatinus* des anthropologistes allemands, particulièrement fréquent sur les crânes de Péruviens.

Et non plus ne sont défendables les hypothèses de Merkel, de Lœwe, de Collier.

D'après Potiquet, il n'y a que deux causes, d'ailleurs de fort inégale valeur, pouvant expliquer le défaut de symétrie du septum nasal: le traumatisme, les accidents de développement.

Le traumatisme est un facteur dont on a exagéré l'importance : il ne peut affecter que le cartilage quadrilatère de la cloison; le vomer, par sa situation profonde, lui échappe, ainsi que la lame perpendiculaire de l'ethmoïde : ailleurs donc il faut chercher la cause des inflexions de ces parties osseuses. Du reste les fractures de la lame cartilagineuse affectent le plus souvent une direction verticale (Lœwenberg, Potiquet) et un point de cette ligne idéale qui va de l'épine nasale antérieure au bec du sphénoïde et que suivent presque toujours les inflexions du septum.

La cause capitale à invoquer ici, nous dit Potiquet, c'est le défaut d'harmonie entre le développement de la cloison et celui de son cadre même : l'anatomie comparée le démontre nettement. Le défaut de symétrie est un caractère de développement biologique, de supériorité (Broca); il s'accuse d'autant plus qu'on s'élève dans l'échelle des êtres et que l'être lui-même s'avance dans son évolution. Quand l'absence de symétrie du crâne est la règle, chez l'homme blanc, faut-il s'étonner que chez lui le septum ait tendance à se dévier?

A l'autre bout de ce qui fut autrefois la notocorde, le coccyx lui aussi se déjette capricieusement de côté : pourquoi n'en serait-il pas de même de la cloison nasale, dont l'ensemble mérite embryologiquement le nom de coccyx antérieur que lui a donné Albrecht?

Sur 70 crânes de singes, Rosenthal a trouvé la cloison droite, excepté dans un cas. Mais cette rectitude disparaît à mesure qu'en remontant la série animale, s'ouvre l'angle formé par le profil de la face sur le plan horizontal : presque constante chez le namaquois et le gorille, habituelle chez le nègre de l'Afrique occidentale, exceptionnelle chez l'Européen. De même, cloison droite chez le fœtus, ondulante chez le nouveau-né,

Digitized by Google

commençant à se dévier à sept ans, violemment bosselée chez l'adulte. Même observance de cette règle quant au sexe : la femme a une cloison sensiblement plus droite que l'homme.

Voilà le fait indéniable : ondulation de la cloison proportionnée au degré de développement. L'explication, la voici : Ecker Lissauer ont démontré que sous l'influence de l'accroissement de la masse cérébrale, le conduit schématique formé par les vertèbres crâniennes tend à s'incurver d'autant plus dans le sens antéro-postérieur qu'on s'élève davantage dans la série des mammifères, pour atteindre son maximum d'inflexion chez l'Européen et s'accroître également chez l'individu avec les progrès de l'âge. Dans cette transformation évolutive, le septum décrit un mouvement de rotation de haut en bas, d'arrière en avant, autour du corps du sphénoïde pris comme centre. « L'incurvation latérale de la cloi-« son nasale ne proviendrait-elle pas de la difficulté, vraisem-« blablement variable suivant les individus, que doit éprouver « sa lame cartilagineuse fondamentale à s'adapter au mouvement « d'inflexion antéro-postérieure, variable suivant les sujets, que « subit de la naissance à l'âge adulte l'axe cranio-facial? »

C'est ce que Poliquet démontrera dans un prochain mémoire.

M. L.

Considérations anatomiques et pathologiques sur la cloison des fosses nasales aux différents âges, par Mauclaire. (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, mars 1892.)

1° L'étude à laquelle s'est livrée Mauclaire a déjà été entreprise bien des fois, mais rarement dans des conditions aussi favorables ; c'est ce qui fait le mérite et l'intérêt des conclusions de l'auteur.

Trois parties principales dans ce travail :

1° Cloison chez le fœtus et le nouveau-né ;

2° Cloison chez l'enfant ;

3° Cloison chez l'adulte.

1° *Chez le fœtus*, il faut noter : la faible hauteur du bord postérieur de la cloison que démontrent les coupes sagittales; la disposition en carène du volume naissant; l'absence complète de déviation congénitale de la cloison ;

2° *Cloison chez l'enfant*. Ici, l'auteur a manqué de documents et note dans trois cas l'absence de crêtes et de déviations;

3° *Cloison chez l'adulte*. C'est le point particulièrement étudié par Mauclaire, qui a trouvé : sur 51 pièces, seulement 6 cloi-

Digitized by Google

sons verticales et lisses; toutes les autres présentaient des anomalies. Il divise l'étude de ces cloisons comme suit :

1° Cloisons déviées ;

2° Cloisons avec crêtes antéro-postérieures ;

3° Cloisons avec crêtes et déviations;

4° Cloisons perforées.

1° *Cloisons déviées.* — A part les déviations en cédille, en S, à droite, totales, déjà décrites par les auteurs, pas de déviations antéro-postérieures.

2° *Cloisons avec crêtes antéro-postérieures.* — La direction en est généralement antéro-postérieure, le siège est surtout à l'union du vomer avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde variable, la saillie plus marquée en avant qu'en arrière. La présence de la cloison détermine des modifications sur la partie en regard. Au point de vue thérapeutique il faut se souvenir que la variété antérieure est plus commune que la postérieure.

3° *Cloisons avec crêtes et déviations.* — C'est la combinaison des deux précédentes.

Structure des crêtes, cartilagineuses ou osseuses. — Elles débutent par une hyperchondrose.

Pathogénie. — Pour Zuckerkandl, cette hyperchondrose résulterait de l'irritation produite par l'introduction des doigts dans le nez. M. Mauclaire y voit une conséquence de l'inflammation de la muqueuse ou des mouvements du cartilage nasal (action de se moucher) ou bien encore de l'hypertrophie des cornets moyen ou inférieur. On a aussi incriminé la syphilis, la scrofule, le rachitisme et les tumeurs adénoïdes.

La faible hauteur verticale des fosses nasales. — Envisageant les rapports des traumatismes nasaux et des crêtes et déviations de la cloison, Mauclaire en fait la démonstration par des coupes de l'examen desquelles on peut conclure : qu'un abcès portant sur le dos du nez se propage : 1° par la cloison et à la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et du vomer ; 2° par les cartilages latéraux du nez et par les os du nez. Il conclut à la fréquence de l'étiologie traumatique des déviations et crêtes de la cloison.

Conséquences des crêtes. — Rétrécissement considérable des fosses nasales pouvant gêner la respiration; troubles auditifs, difficulté de cathétérisme de la trompe d'Eustache, coryza chronique, symptômes réflexes ; migraines, névralgies, spasmes glottiques ou bronchiques ; toux quinteuse.

Cloison perforée. — A été vue dans un cas avec perforation siégeant sur la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Digitized by Google

En étudiant la muqueuse, Mauclaire a vu des épaississements siégeant souvent au niveau du bord postérieur, c'est-à-dire vomérien de la cloison, premier pas vers les végétations adénoïdes. Une artériole constante, branche de l'artère sphéno-palatine et descendant obliquement en bas et en avant imprime une dépression sur la paroi osseuse du vomer.

Des amas veineux existent, surtout à l'extrémité postérieure des cornets (centres de l'olfaction). Les lymphatiques abondants chez les jeunes sujets présentent un trajet antéro-postérieur formant des pseudo-ganglions près de la partie supérieure du bord postérieur du septum nasal.

Orifice antérieur du sinus sphénoïdal. — Grâce à ses coupes, l'auteur a pu étudier cet orifice, qui est arrondi, très haut contre la cloison et à 2 millimètres au plus de chaque côté du septum nasal ; il est large de 2 millimètres. D'où conclusion que pour cathétériser les sinus il faut suivre la cloison, en passant entre le cornet moyen et cette dernière et en se dirigeant de bas en haut suivant un angle de 45° avec le plancher nasal.

Mauclaire a, dans la même séance, montré une pièce de syphilis nasale, présentant des destructions symétriques des cornets, une destruction complète du voile du palais, une perforation de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, le tout formant une sorte de cavité cloacale s'ouvrant dans le pharynx. P. G.

Les complications orbitaires et oculaires des infections des sinus frontal, maxillaire, sphénoïdal, par A. Guillemain et A. Terson. (*Gazette des hôpitaux*, n° 3, 9 avril 1892.)

Trois diverticules des fosses nasales entourent l'orbite : les sinus frontal, maxillaire, sphénoïdal, qu'on pourrait aussi nommer *sus-orbitaire*, *sous-orbitaire*, *postéro-orbitaire*. Une complication de grande importance de leurs maladies est le retentissement de l'inflammation sur l'orbite et son contenu, fait qui ressort de l'étude des rapports anatomiques de ces cavités péri-orbitaires. C'est là un point de pathologie encore peu connu et qu'ont récemment élucidé les travaux de Panas, Berger, Kaplan, Guillemain.

Sinus frontal. — C'est le sinus dont les inflammations ont le plus de tendance à retentir sur l'œil. L'ouverture dans l'orbite est relativement si fréquente qu'on peut presque la considérer comme la terminaison naturelle de l'abcès du sinus frontal abandonné à lui-même. La perforation se fait à la partie interne du

Digitized by Google

rebord orbitaire, parfois à la partie externe, dans le cas de développement anormal du sinus frontal; abcès du volume d'une noisette apparaissant à l'angle interne de l'œil, collé contre la racine du nez; le doigt, déprimant la tumeur, sent le contour rugueux de l'orifice de communication avec le sinus. En même temps, phénomènes compressifs du côté de l'œil; œdème énorme de la paupière supérieure, chémosis séreux saillant sous forme d'un bourrelet rougeâtre à travers la fente palpébrale rétrécie. Immobilisation du globe, moindre cependant que dans le phlegmon de l'orbite; projection en avant avec strabisme inféro-externe. A l'ophtalmoscope: œdème de la papille, dilatation serpentine de ses veines. On peut aussi observer du larmoiement par compression du sac lacrymal.

Dans certains cas, l'abcès orbitaire se développe sans qu'il y ait communication avec le sinus: abcès décrits pour la première fois par Panas sous le nom d'*abcès circonvoisins*.

L'ouverture de l'abcès est suivie d'une détente immédiate de tous les symptômes oculaires; mais il peut persister indéfiniment une fistule du sinus frontal, entretenue par une nécrose de sa paroi.

Le diagnostic de l'envahissement orbitaire du sinus frontal doit être fait avec le phlegmon de l'orbite, la ténonite, la dacryocystite, etc.

Sinus maxillaire. — L'empyème du sinus maxillaire peut intéresser l'orbite de différentes façons. Tantôt il y a seulement névralgie sus-orbitaire réflexe, simulant l'empyème du sinus frontal. Tantôt larmoiement, soit réflexe soit par compression de l'appareil lacrymo-nasal. D'autres fois, la sinite maxillaire se propage indirectement à l'orbite en déterminant une sinite frontale intermédiaire.

Cependant l'empyème du sinus maxillaire peut directement intéresser l'œil, soit que le pus, perforant le plafond du sinus, fasse irruption dans l'orbite, soit que la propagation se fasse par voie vasculaire (Ziem). Mêmes symptômes alors que ceux rapportés plus haut à propos du sinus frontal, le siège seul en diffère; même tendance à la chronicité et à la fistulation.

Citons enfin une complication terrible, rare heureusement : le phlegmon de l'orbite.

Sinus sphénoïdal. — D'après Kaplan, l'inflammation de ce sinus peut se transmettre à l'orbite de différentes manières, soit directement par ostéite et névrite du nerf optique comprimé ou enflammé, soit par l'infection méningienne retentissant sur la

Digitized by Google

gaine du nerf et le nerf lui-même, soit par la phlébite du sinus caverneux et de la veine ophtalmique.

Les complications orbito-oculaires qui en résultent peuvent être classées en deux groupes : 1° groupe de troubles *vasculaires* et d'infections parties des vaisseaux ; 2° groupe de lésions *nerveuses*, fonctionnelles ou avec lésion matérielle. Le tout souvent unilatéral.

Dans le premier groupe : thrombose du sinus (ptosis, chémosis, exophtalmie, phlegmon de l'orbite.

Dans le second groupe : troubles réflexes (larmoiement, photophobie, blépharospasme, troubles accommodatifs), et même troubles de névrite optique (scotomes passagers, rétrécissement du champ visuel, puis amaurose monoculaire, souvent subites, guérissant ou aboutissant à l'atrophie de la papille).

Et ce dernier point a tant d'importance pratique que toutes les fois que des troubles oculaires existent seuls, s'ils sont unilatéraux et surtout s'ils sont névro-optiques et rétiniens, il importe de faire un examen approfondi de la région sphénoïdale.

En résumé, nous pouvons conclure, disent les auteurs, « que les infections et l'empyème des sinus ont des manifestations orbitaires presque constantes, quel que soit le sinus qui soit atteint; que chacun peut simuler la lésion de son voisin, et qu'enfin tous sont justiciables d'opérations semblables, qui tendent à ramener les produits infectieux vers les fosses nasales, d'où ils sont partis. » M. L.

Révulsion à la région splénique pour combattre les épistaxis chez les paludéens, par Cros et L. Imbert. (*Montpellier médical* et *Bulletin médical*, p. 280, 23 mars 1892.)

On sait l'aphorisme de Galien : Les grandes ventouses appliquées sur les hypochondres arrêtent les hémorragies nasales. Lorsque le sang coule par la narine droite, il faut les mettre sur le foie; par la narine gauche, sur la rate. Cros et Imbert publient deux observations de paludéens chez qui des épistaxis rebelles, se faisant uniquement par la narine gauche, furent arrêtées par une révulsion exercée sur la région splénique.

M. L.

Deux cas d'anosmie consécutifs à des opérations intra-nasales. Guérison par l'électrisation continue et faradique de la muqueuse nasale, par H. Luc. (*France médicale* et *Paris médical*, p. 52, 22 janvier 1892.)

I. — M. G... a subi en un an une trentaine de cautérisa-

Digitized by Google

tions ignées, qui ont exclusivement porté sur le cornet inférieur droit. A la suite de ce traitement, il a progressivement perdu l'odorat. Actuellement, il perçoit seulement les odeurs très fortes (essence de thym, éther) ; il a, de plus, une sensation parosmique de chair brûlée.

Après onze séances d'électrisation, l'anosmie et la parosmie disparaissent. Je renvoie à l'original pour étudier la façon minutieuse dont fut employé le courant électrique. Chaque séance dura 20 minutes par chaque fosse nasale, 5 minutes de courant faradique, 5 minutes de courant galvanique. Les deux pôles étaient formés, l'un par une petite électrode métallique pyriforme, recouverte d'ouate, et introduite le plus haut possible dans les fosses nasales ; l'autre, par un disque de charbon de 4 centimètres de diamètre appliqué sur la racine du nez. L'intensité des courants continus ne dépassa jamais 3 milliampères.

II. — M. M... présente dans la fosse nasale gauche une grappe de polypes muqueux masquée par un éperon de la cloison.

Après forte cocaïnisation, Luc se fraye une voie en sciant l'éperon nasal et enlève les polypes ; l'opération est très laborieuse. A la suite de celle-ci, le malade perd presque complètement l'odorat, également par les deux narines. Une seule séance d'électrisation suffit à amener le retour progressif de l'olfaction.

Ces deux cas, analogues dans leur origine, se prêtent à une double interprétation. Faut-il attribuer l'anosmie à la cocaïnisation de la muqueuse ou au traumatisme ? Luc rejette la première hypothèse, la cocaïne n'ayant été appliquée dans aucun de ces deux cas sur la région olfactive des fosses nasales. Il croit plutôt à une inhibition exercée par le traumatisme sur le centre de l'olfaction. M. L.

Des végétations adénoïdes, par A. Gouguenheim. (*Gazette des hôpitaux*, 26 janvier 1892.)

Leçon clinique faite à l'hôpital Lariboisière. L'auteur insiste sur le polymorphisme symptomatique révélant ou dissimulant la présence des tumeurs adénoïdes. Il admet : 1° un *type ordinaire*, où prédomine l'obstruction nasale; 2° un *type auditif pur* : le malade vient consulter parce qu'il est sourd ; 3° un *type pharyngien*, surtout caractérisé par des maux de gorge, du râclement, cherchant à expulser des mucosités venant du naso-pharynx : forme fréquente chez l'adulte et dont nous de-

Digitized by Google

vons la connaissance aux travaux de Cuvillier (peut-être pourrait-on rapprocher ce type de l'angine de Tornwald) ; 4° un *type névralgique*, prédominance des maux de tête, de l'inaptitude au travail. C'est l'aprosexie de Guye ; ce sont les maux de tête continuels des enfants nerveux, récemment étudiés par Jules Simon.

Gouguenheim conseille d'opérer en une seule fois, sous le chloroforme ou le bromure d'éthyle chez l'enfant, après simple cocaïnisation chez l'adulte. Il emploie la pince de Löwenberg, modifiée par Mathieu. Peut-être la curette est-elle plus expéditive, mais elle ne ramène pas le corps du délit, gros inconvénient en clientèle. L'opération finie, nettoyage de la région avec une irrigation d'eau boriquée ; mais pas d'insufflation d'air, de peur d'envoyer des matières septiques dans la trompe. M. L.

Note sur la présence de cellules géantes dans les végétations adénoïdes du pharynx, par A. Pilliet. (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, mars 1892).

Rappelant les opinions des auteurs qui se sont occupés de la question : Châtellier : hypertrophie adénoïde en nappe ou en noyaux ; Cuvillier : inflammation active ; Luc et Dubief : sclérose péri-folliculaire et péri-vasculaire ; Cornil : éclectisme ; Pilliet a trouvé au milieu du tissu fibro-myxomateux des végétations adénoïdes, des cellules géantes typiques trois fois sur 10 cas. Si l'on se souvient de ce que Barth dit dans sa thèse, de la difficulté de reconnaître les adénoïdes et les granulations tuberculeuses, on verra l'importance de cette constatation P. G.

Étude histologique du bulbe olfactif par la méthode de Golgi, par C. Conil. (*Bulletin de la Société de biologie*, 1892, p. 179.)

L'auteur a fait son travail au laboratoire d'histologie de la Faculté de Paris. Il a employé la méthode de l'anatomiste italien, qui consiste à plonger des fragments de système nerveux d'animaux récemment tués dans une solution de bichromate de potasse à 3 0/0, après avoir fait au préalable une injection d'acide osmique à 1 0/0. Je n'entrerai pas dans le détail descriptif de cette histologie si fine et si difficile à débrouiller, et qui exige des réactifs dosés avec précision et l'étude de tissus presque vivants. Mais dans ses conclusions, après avoir donné le dessin de ses préparations, l'auteur conclut qu'une impression transmise du nerf olfactif au bulbe se dirige vers le cerveau, par

Digitized by Google

une voie principale, la plus directe, qui suit le prolongement des cellules de la substance grise et le prolongement cylindrique axile de ces mêmes éléments et de *nombreuses voies collatérales* beaucoup moins directes qui lui sont offertes, grâce aux rapports multiples que les éléments cellulaires affectent entre eux.

Contrairement à l'opinion accréditée jusqu'ici, toutes les voies sont interrompues, la voie le plus directe, au niveau des glomérules, les voies collatérales en plusieurs points. A. G.

Du minimum perceptible de quelques odeurs, par Jacques Passy. (*Soc. de biologie*, séance du 30 janvier 1892.)

L'auteur s'est proposé de rechercher la plus petite quantité de matière odorante, contenue dans un litre d'air nécessaire pour être perçue : il se sert d'un procédé très simple qui consiste à introduire dans un flacon, de capacité connue, une goutte d'une solution titrée. Les chiffres qu'il obtient sont d'accord avec ceux jadis publiés par Valentin, mais au contraire jusqu'à douze millièmes de fois plus faibles que ceux qu'a obtenus Ch. Henry avec son olfactomètre.

Les minima perceptibles sont pour un litre d'air en millionnièmes de grammes : 0,5 à 1, pour le wintergreen; 0,5 à 5, pour l'éther; 0,005 à 0,05, pour la menthe; 0,0001, pour la vanille, etc.

M. L.

De la kérato-conjonctivite d'origine rhino-pharyngienne, par L. Couetoux (de Nantes). (*Annales d'oculistique*, déc. 1891.)

Il faut distinguer deux sortes d'affections oculaires d'origine nasale. Dans une première forme banale, une lésion du nez quelconque aggrave un état de l'œil déjà malade, mais par un processus général, comme le ferait « un cloaque infectieux placé à la jambe, ou une dilatation de l'estomac avec putridité des liquides accumulés dans la poche gastrique » : tels sont les cas de kératite ulcéreuse rebelle au traitement de l'œil et cédant rapidement après amélioration d'un ozène concomitant.

Mais il existe un deuxième type d'association pathologique rhino-ophtalmique, plus spécialement étudié par l'auteur : celui de certaines affections oculaires qui, comme la conjonctivite ou la kératite phlycténulaire sont toujours d'origine nasale. Avec Trousseau, Couëtoux croit que c'est dans les cavités du nez que prennent leur point de départ presque toujours les hyperplasies péricornéennes superficielles : mais il se refuse à admettre la présence constante de végétations adénoïdes. Enlever celles-ci

Digitized by Google

quand elles existent ou cautériser le rhino-pharynx, quand le toucher n'y montre pas de productions néoplasiques, tel est le meilleur moyen de guérir, au moment de leur début, ces lésions oculaires. M. L.

De l'anesthésie générale par le bromure d'éthyle et de ses applications, par le Dr Lubet-Barbon. (*Arch. intern. de laryngologie*, p. 2, n° 1; janvier-février 1892.)

Courtes, mais douloureuses, les opérations qui portent sur le nez, l'oreille, ne doivent pas être faites sans le secours de l'anesthésie. La cocaïne, le chloroforme rendent des services : l'une supprime la douleur mais non la crainte de l'intervention, ce qui est insuffisant chez l'enfant; l'autre a ses dangers, et complique inutilement la situation. Le bromure d'éthyle n'a pas ces inconvénients : peu connu en France, malgré les efforts de Terrillon, il a été introduit dans la pratique rhinologique par M. Schmidt. Lubet-Barbon le recommande comme un agent amenant une anesthésie courte, rapide à s'établir, prompte à disparaître et, par dessus tout, à ce point inoffensive, que dans plus de cinq cents cas personnels, il n'a jamais noté le moindre accident.

Il faut employer un produit fraîchement préparé, d'odeur éthérée et non alliacée, et incolore; a-t-il pris une teinte jaunâtre, il faut le rejeter; c'est que la lumière y a mis en liberté du brome dont l'action est fort irritante sur la muqueuse nasale. Puisqu'il n'y a pas à craindre la syncope, le malade peut être endormi assis. Contrairement au chloroforme, le bromure d'éthyle demande à être donné d'emblée, à dose massive; le patient doit être sidéré au bout de quelques inspirations; l'usage d'un masque de flanelle, en forme de nid de pigeon, facilite l'anesthésie. La conjonctive devient insensible, le corps s'affaisse légèrement, dès lors il faut cesser les inhalations, sans quoi surviendrait à une seconde phase une contracture qui empêcherait l'ouverture de la bouche. L'opération doit être pratiquée sans perdre de temps; celle-ci terminée, le malade reprend rapidement sa connaissance, regarde avec étonnement autour de lui, encore totalement anesthésié; au bout de quelques minutes il peut se lever, marcher et rentrer chez lui sans éprouver de torpeur.

Le bromure d'éthyle est surtout indiqué dans la seconde enfance, âge de l'indocilité. Les nourrissons, inconscients, sont très aisés à manier ; chez les adultes la cocaïne suffit le plus souvent, sauf pour l'oreille où son action est presque nulle. Voici

Digitized by Google

les principales interventions qui réclament son emploi : ablation de végétations adénoïdes, amygdalotomie, section de queues de cornets à l'anse chaude, avulsion d'éperons de la cloison, section de polypes de l'oreille, ablation du manche du marteau.

M. L.

Notes anatomiques et pathologiques sur le pharynx (plexus veineux péri-pharyngés, dépression et diverticules pharyngés), par MAUCLAIRE. (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, mars 1892.)

A propos des rapports du pharynx, Mauclaire insiste sur la disposition des veines du pharynx, formant autour de cet organe un véritable anneau ou cercle collecteur du sang veineux, identique à celui qui existe sur le pourtour de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin.

Le cercle est constitué par :

1° Le plexus veineux pré-vertébral dans le tissu cellulaire pré-vertébral ;

2° Le plexus sous-muqueux ;

3° Le plexus latéral.

Le premier communique en bas avec la veine jugulaire interne, sur les côtés avec les veines ptérygo-palatines, vidiennes et méningées postérieures.

Le deuxième perfore par ses branches les boutonnières du constricteur inférieur et vont dans la veine pharyngée et la veine thyroïdienne supérieure et se continuent avec le plexus sous-muqueux œsophagien.

Enfin par le plexus latéral, le cercle veineux communique avec les circulations veineuses intra-craniennes et extra-craniennes.

La présence de ces plexus veineux et des artères sous-muqueuses (5 cas de Farlow et cas de Gellé), constitue un danger dans le curettage des ulcérations de la paroi postérieure du pharynx.

En étudiant les replis et dépressions du naso-pharynx, Mauclaire est arrivé à reconnaître que dans cette région le nombre, le siège, la forme des sillons échappent à toute description régulière. Cette disposition alvéolaire serait le vestige des sillons arciformes qui, dans le premier âge, déterminent sur la tonsille pharyngée six à huit segmentations antéro-postérieures.

Les soudures partielles, fortuites des bords de ces fentes, les

Digitized by Google

adhérences inflammatoires ou ulcéreuses, les raréfactions glandulaires, produisent chez l'adulte ces anfractuosités anatomiquement équivalentes aux lacunes de l'amygdale palatine.

Suit la description de la bourse de Luschka, à laquelle l'auteur semble ne pas croire beaucoup ; des replis salpingo-staphylins de Zaufal, du repli allant de la paroi supérieure du naso-pharynx au bord supérieur de l'orifice de la trompe d'Eustache, du recessus médian de Ganghofner, de la fossette pharyngienne de l'os occipital.

Mauclaire, après avoir rappelé la division embryogénique des fentes de Kostneck, décrit chez un polyadénique tuberculeux les ganglions rétro-pharyngiens situés, un au devant de l'axis, et deux ou trois à droite et à gauche. P. G.

Epithélioma de l'œsophage, noyaux secondaires dans le diaphragme, le myocarde et les os. Intégrité du parenchyme pulmonaire. Fracture spontanée des deux côtés au niveau des deux bourgeons épithéliomateux. Propagation au sternum; formation d'un abcès sous-cutané; perforation de cet abcès. Phlegmon gazeux, par M. Dupasquier. (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, mars 1892).

Il y avait dans ce cas absence d'engorgement des ganglions sus-claviculaire et axillaire. La voix éteinte accompagnait une dysphagie considérable.

A l'autopsie rien dans le pharynx et le larynx. La trachée au contraire était rétrécie par une petite tumeur. Il est probable que les troubles de la voix étaient dûs à des phénomènes de compression. Il est curieux de noter qu'il n'y a pas eu de dyspnée. P. G.

Cancer latent primitif de l'œsophage ; propagation secondaire à la plèvre et au foie, par Dufour (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, mars 1892).

De l'observation présentée par Dufour, nous retiendrons le diagnostic de congestion pleuro-pulmonaire droite chez un débile fait à cause des râles sous-crépitants fins, des frottements et des signes d'épanchement. N'était la ponction exploratrice qui donne le liquide rouge et l'expectoration un peu rosée, ce cancer aurait probablement passé inaperçu, comme c'est si souvent la règle en pareil cas.

L'auteur insiste sur les points suivants : 1° cancer de l'œsophage sans troubles dysphagiques; 2° propagation secondaire

Digitized by Google

à la plèvre sans participation directe du poumon ; 3° rareté de cette affection à un âge aussi avancé; 4° présence d'une voussure thoracique de la base du poumon droit, qui pour Walther est un signe d'une grande valeur dans les formes disséminées de cancers pleuro-pulmonaires. P. G.

Du tissu angiothélial des amygdales avec plaques de Peyer, par E. Retterer. (*Bulletin de la Société de Biologie*, 15 janvier 1892, p. 1.)

Le Dr Retterer, bien connu pour sa compétence d'histologiste et par nos lecteurs pour ses travaux sur la structure du tissu adénoïde des amygdales, répond à une attaque fort vive du Dr Stohr, professeur d'anatomie à Zurich.

Stohr avait attaqué avec vigueur la théorie édifiée par notre savant compatriote sur la formation de ce tissu. Il nie l'existence préliminaire des bourgeons épithéliaux comme source de ce tissu qu'il croit formé par la sortie de leucocytes des vaisseaux. Or, Retterer a fait des coupes très nombreuses à tous les âges de la vie et chez les fœtus, ces recherches ont été faites chez l'homme, chez des mammifères très nombreux, chez des cétacés au laboratoire de Concarneau et il a présenté 40 figures ; les pièces ont été traitées par le liquide de Muller, ou par l'alcool absolu, ou par l'acide osmique.

Le Dr Retterer a vu les bourgeons épithéliaux avant que les vaisseaux ne se formassent, et il explique d'une manière très vraisemblable par ses pièces sériées les transformations successives du tissu adénoïde qu'il appelle angiothélial. Il termine en recommandant pour cette étude les préparations des plaques de Peyer chez le cobaye à l'état fœtal, dix jours après la naissance et chez l'animal adulte. Cette querelle d'histologistes est soutenue avec nombre d'arguments qui semblent bien convainquants par le Dr Retterer. Nous nous contentons d'exposer les arguments contradictoires de cette dissidence de deux auteurs si compétents. A. G.

De l'action des ferments solubles sur le poison diphtéritique, par N. Gamaléia. (*Bulletin de la Société de Biologie*, séance du 20 février 1892, p. 153.)

Sujets d'expérience : cobayes. Ferments solubles : maltine, invertine, émulsine, pepsine et trypsine.

L'auteur a constaté une action destructive très énergique de ce poison par la pepsine, en vingt-quatre heures : mais la

Digitized by Google

toxicité des cultures n'est pas détruite en entier, car si de fortes doses de ce poison ne pouvaient plus produire de l'empoisonnement aigu, les animaux finissaient toutefois par succomber à l'empoisonnement chronique. Donc le poison diphtéritique est une substance albuminoïde, puisqu'elle est attaquée par la pepsine seule qui ne le détruit pas, mais le décompose et en sépare une substance toxique, précipitable par l'alcool, et que l'auteur suppose être une peptone ou plutôt une nucléine; la trypsine produit le même résultat que la pepsine, encore plus rapidement, mais en laissant intacts la nucléine, et peut-être plutôt une nucléo-albumine; du reste, la provenance du poison est le corps bacillaire, constitué surtout par des noyaux. L'auteur affirme que les toxines microbiennes connues sont des nucléo-albumines et des nucléines toxiques,

A. G.

Contribution à l'étude de la toxine du bacille de la diphthérie, par Guinochet. (*Bulletin de la Société de Biologie*, séance du 28 mai 1892, p. 480.)

L'auteur, après quelques expériences faites dans le laboratoire du professeur Straus, proteste contre l'assimilation faite avec les albumines ou les nucléines de la toxine de la diphtérie; il n'y a, dit-il, rien de démontré, et il propose de reprendre l'ancienne dénomination de toxine. Les expériences avaient eu lieu avec la dissolution de toxine dans l'urine. A. G.

De l'énucléation dans le traitement du goitre, par A. Reverdin. (*Revue de chirurgie*, mars 1892, p. 185.)

Étude clinique faite d'après 14 cas. Au début, le chirurgien de Genève décrit son procédé opératoire avec autant de clarté que de précision et sans longueur inutile. Il préfère l'énucléation, mais il dit avec justesse que la décision opératoire dépend des circonstances et que parti quelquefois pour faire l'énucléation, il a dû changer de résolution et faire l'extirpation qui a toujours été partielle en ce cas. La durée de l'opération est moins longue chez les énucléés que chez les autres, et les soins post-opératoires n'exigent point le séjour au lit, au contraire.

Ce travail est une belle et intéressante page de chirurgie pratique, il est difficile à analyser, mais il est si bien présenté que la lecture en est rapide et facile. A. G.

Digitized by Google

Des inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires avec infiltration de gaz dans les conduits excréteurs et les lobules glandulaires, par Ch. Walther. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mars 1892.)

Walther ayant rencontré chez un vieillard un cas de parotidite chronique avec dilatation du canal de Sténon et des lobules glandulaires, et pénétration d'air dans la glande, a étudié cette question.

Il présente l'observation de quatre malades atteints d'inflammation du canal de Stenon ou de parotidite canaliculaire avec entrée d'air dans la glande. L'affection commence généralement par le canal de Stenon, son orifice est saillant, béant, rouge, et laisse écouler de la salive et du pus. Dans une deuxième période la région parotidienne gonfle, devient très douloureuse et rouge, on perçoit à son niveau une crépitation fine qui peut disparaître par une pression continue, mais se reproduit presque aussitôt après.

La maladie évolue ainsi : 1° pénétration de gaz dans le canal excréteur; 2° dans le canal et les premiers lobules de la glande; 3° dans la glande entière.

L'air pénètre par suite de l'inflammation chronique des conduits : épaississement et dilation du canal et de son orifice qui reste béant. Ce n'est plus la dilatation mécanique des verriers, par tiraillement et effort. Ici le moindre mouvement de la joue; parole, mastication suffit à faire pénétrer l'air.

A M. Cornil objectant qu'il se pourrait que les gaz soient le résultat d'une putréfaction canaliculaire, M. Walther répond qu'il a vu effectivement des suppurations produire des effets analogues, mais que dans les cas dont il parle, la preuve directe de l'entrée de l'air est donnée par la compression qui, faite méthodiquement, chasse l'air et l'empêche de rentrer à nouveau.

P. G.

Digitized by Google

PRESSE ÉTRANGÈRE

Un cas d'otite parasitaire, otorrhée, surdité, tympan artificiel, par James.-L. Minor, de Memphis, Tenn. (*New-Orléans Med. and. surg. Journal.* Décembre 1891.)

M. X..., âgé de 55 ans, consulte l'auteur le 13 janvier 1888 et lui raconte l'histoire suivante :

Il n'a jamais bien entendu. En 1849, il souffrit de douleurs dans les oreilles, douleurs bientôt suivies de suppuration bi-auriculaire, qui dura jusqu'en 1870. Cette double otorrhée céda au traitement, mais laissa derrière elle une surdité si accentuée que seuls les grands éclats de voix étaient perçus. Cette situation se prolongea jusqu'en 1880, époque où l'audition empira encore et où la réapparition de la suppuration engagea le malade à consulter le Dr Minor. Ce spécialiste trouva une surdité absolue de l'oreille droite, dont le tympan était rétracté, épaissi et cicatriciel. L'oreille droite pouvait percevoir les sons très intenses : le conduit auditif de ce côté était enflammé et recouvert d'une matière membraniforme, de couleur noirâtre ; le tympan présentait en son centre une perforation de la grosseur d'une tête d'épingle, par laquelle sortait le pus de l'oreille moyenne. L'auteur diagnostique, après examen histologique, affection parasitaire du conduit (aspergillus) et otite moyenne chronique. Il dirigea son traitement uniquement sur l'oreille gauche, dans laquelle il fit faire des irrigations d'une solution de sublimé à 1 pour 5,000 ; le conduit était ensuite asséché avec de l'ouate hydrophile et rempli de poudre d'acide borique.

Ce traitement fut d'abord quotidien et répété à de plus longs intervalles, et les symptômes d'inflammation finirent par disparaître. Cependant la perforation du tympan persistait, et l'audition était aussi mauvaise qu'auparavant. L'auteur résolut d'essayer l'application d'un tympan artificiel. Le petit disque de caoutchouc ne produisit aucun résultat. Il improvisa alors un tympan artificiel en donnant à un petit morceau d'ouate hydrophile la forme et la taille du tympan. Cette ouate imbibée d'un mélange à parties égales de glycérine et d'eau fut appliquée sur

Digitized by Google

le tympan. Aussitôt qu'elle fut appliquée, le malade annonça avec joie qu'il entendait. La parole était entendue à quelques pieds de distance, dans le ton ordinaire; plus loin le son de la voix devait être élevé.

Ce malade est en observation depuis à peu près quatre ans. Il est toujours absolument sourd; mais, muni de son tympan artificiel, il entend suffisamment pour les circonstances ordinaires de la vie. Le tympan artificiel doit être remplacé chaque mois; de temps en temps, une reprise de l'inflammation de l'oreille moyenne oblige à l'enlever pour traiter la suppuration. H. M.

Thyrotomie pour papillomes du larynx, par le Dr Mules. (*Manchester medical Society. — Britisch medical Journal*, 19 décembre 1891.)

Il s'agit d'un enfant de 4 ans, présentant une obstruction laryngée suffisante pour nécessiter la trachéotomie. Après cette opération, on diagnostiqua des polypes du larynx. Une opération endo-laryngée étant impossible, le docteur Mules pratiqua la thyrotomie et put ainsi extraire vingt-cinq tumeurs indépendantes qui s'étendaient jusqu'au premier anneau de la trachée. Guérison rapide. H. M.

Intubation du larynx, par le Dr Louis Hauck (*Weekly Medical Review*, Saint-Louis, 14 novembre 1891.)

Le Dr Hauck pense que l'intubation, due à O'Dwyer, est destinée à prendre la place de la trachéotomie dans un grand nombre de cas de sténose laryngée. Il rapporte 7 observations personnelles de diphtérie chez l'enfant, dans lesquelles il a pratiqué l'intubation. Sur 7 cas, il a obtenu quatre guérisons. Des autres enfants, l'un mourut de pneumonie 33 jours après l'introduction de la canule; les deux autres succombèrent 24 heures après l'opération. H. M.

Larynx tuberculeux dans un cas de myxœdème, par le Dr Hector Mackenzie. (*Pathological Society of London*, 20 octobre 1891.)

Malade, âgée de 38 ans, morte de myxœdème, compliqué de phtisie pulmonaire. Le larynx était infiltré et ulcéré. L'auteur, déduit de ce cas que le myxœdème ne défend pas le malade contre la tuberculose, fait déjà remarqué, d'ailleurs. H. M.

Digitized by Google

Miroirs laryngoscopiques concaves, par RAYNER D. BATTEN. (*British medical Journal*, 29 août 1891.)

L'auteur a fait construire des miroirs laryngoscopiques concaves et leur a trouvé les avantages suivants :

Agrandissement de l'image du larynx, meilleur éclairage des parties situées au-dessous de la glotte. H. M.

Observation d'épithélioma limité au naso-pharynx, par R. ROBERTSON. (*Edinburgh royal Infirmary British medical journal*, 19 décembre 1891.)

Femme de 56 ans admise à l'infirmerie en octobre. La maladie actuelle a commencé un an auparavant par des douleurs dans l'oreille gauche et une perte complète de l'odorat par la narine gauche. A ces syptômes de début succéda une surdité complète et une obstruction de la narine gauche. Les régions de l'œil et de la mâchoire inférieure du côté gauche sont devenues assez douloureuses pour rendre la déglutation pénible. Deux mois après le début de la maladie, suppuration de l'oreille gauche avec perforation de la membrane.

La rhinoscopie postérieure fit découvrir appendue à la voûte du pharynx une masse verruqueuse dont un prolongement s'attachait à la paroi postérieure du pharynx. Le côté droit du rhino-pharynx est tapissé de pus produit par la tumeur. A la rhinoscopie antérieure, la narine gauche présente à sa partie postérieure une couche de pus ; la narine droite est absolument normale. Enfin, derrière le sterno-mastoïdien, on observe un engorgement ganglionnaire.

Le Dr Mac Bride enleva un fragment de la tumeur; et l'examen microscopique de ce fragment, fait par le Dr Barrett, fit poser le diagnostic d'épithélioma.

Ajoutons que le toucher de la tumeur donnait la sensation de dureté et d'irrégularité caractéristique.

Aucune opération ne fut tentée. H. M.

Empyème de l'antre d'Highmore, se manifestant uniquement par des symptomes nasaux, par HAL FOSTER. (*Weekly med. review. Saint-Louis*, 5 décembre 1891.)

Bonne étude générale de ces cas, dans laquelle on est surpris de ne pas trouver mentionné l'éclairage électrique du sinus H. M.

Nouvelle pince à polypes du nez, par JOHN WARD COUSINS. (*British medical journal*, 21 novembre 1891.)

C'est une pince à mors assez longs et dentelés, qui pourra

Digitized by Google

rendre des services dans les cas des polypes obstruant complètement la narine, ou situés dans le fond du méat moyen. H. M.

Abcès rétro-pharyngien. Opération, par G. A. HAWKINS-AMBLER. (*British medical journal*, 19 septembre 1891.)

L'auteur rapporte un cas d'abcès rétro-pharyngien, dans lequel il a employé avec succès la méthode du professeur Chiene. Cette méthode consiste à atteindre l'abcès, à l'évacuer et à le drainer, en y arrivant au moyen d'une incision suivant le bord postérieur du sterno-cléidomastoïdien et d'une dissection des parties situées au devant de la colonne cervicale. H. M.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ALLEMAGNE ET AUTRICHE-HONGRIE.

Oreille.

L'aristol dans les affections de l'oreille et du nez, par K. Bürkner (*Berl. klin. Woch.*, 29 juin 1891).

Demonstration einiger Thiere ohne inneres Ohr (Présentation de quelques animaux n'ayant pas d'oreille interne, par Ewald (*Naturwiss. med. Verein*, in *Strassburg i E.*, 15 mai, in *Wiener klin. Woch.*, 2 juillet 1891).

« Ohr der Saltomortalefänger » (Présentation d'un malade présentant la déformation du pavillon connue sous le nom d'oreille d'acrobate, par Zaufal (*Verein Deuts. Ærzte*, Prag, 8 mai, in *Wiener klin. Woch.*, 2 juillet 1891).

Operative Entfernung eines durch misslungene Extractions versuche in die Trommelhöhle gerathenen Fremdkörpers (Extraction opératoire d'un corps étranger logé dans la cavité du tympan à la suite de tentatives d'extraction infructueuses, par J. Gruber (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mai 1891).

Einiges über die klinische Bedeutung bestimmter Trommelperforationen (A propos du traitement clinique des perforations certaines du tympan, par Müller (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 2, juillet 1891).

Bericht über die in den Jahren 1887-1890 behandelten Ohrenkranken (Rapport sur les affections auriculaires traitées de 1887 à 1890, par A. Marian (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 2, juillet 1891).

Statistscher Bericht über die in den Jahren 1887-1889 incl. behandelten Ohrenkranken (Statistique des maladies d'oreilles traitées de 1887 à 1889 inclusivement, par F. Bezold (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 2, juillet 1891).

Zur Mikroskopischen Anatomie der Geschwülste des äusseren Ohres (De l'anatomie microscopique des tumeurs de l'oreille externe, par Haug (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 2, juillet 1891).

Schnupftabak als Ursache einer acuten Mittelohrentzündung (Otite moyenne aiguë causée par le tabac à priser, par Haug (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 2, juillet 1891).

Digitized by Google

Ueber die Classification und Ætiologie der Mittelohrentzündungen im Allgemeinen (Sur la classification et l'étiologie des otites moyennes en général, par J. Gradenigo (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 28 juillet et 4 août 1891).

Périostite primitive de l'apophyse mastoïde, par Ayres (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, v. XXII, 1 et 2).

Otite externe hémorragique, par G. Bacon (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII, 1 et 2).

Un cas de larves vivantes dans l'oreille, par W. E. Baxter (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII, 1 et 2).

Ouverture et fermeture de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, par H. Beckmann (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII, 1 et 2).

Topographie de la muqueuse dans la caisse du tympan normale, par C. J. Blake et Bryant (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII, 1 et 2).

Perte de la membrane du tympan, du marteau, de l'enclume et de l'étrier, avec conservation d'une bonne audition, par Clark (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII, 1 et 2).

Un cas de surdité permanente consécutive à l'administration de la quinine, par Dabney (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII. 1 et 2).

De l'intervention opératoire dans la diminution de l'ouïe, par Dench (*Zeits. f. Ohrenh* , v. XXII, 1 et 2).

Un cas de périchondrite idiopathique du pavillon de l'oreille gauche, par H. Ferrer (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII, 1 et 2).

Un cas de cholestéatome et de carie de l'apophyse mastoïde sans signes d'inflammation locale; mort par thrombose des sinus et méningite, par Friedenwald (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII, 1 et 2).

Traitement chirurgical des inflammations phlegmoneuses diffuses du pavillon de l'oreille, par E. Grüning (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII, 1 et 2).

Ossification du pavillon de l'oreille consécutive à une périchondrite séropurulente, par H. Knapp (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII).

Deux cas de périchondrite du pavillon de l'oreille traités par la curette tranchante et le drainage, par Mac Mahon (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII).

Nouvelles recherches sur l'étude du labyrinthe dans le rocher de six enfants morts de diphtérie, par Moos (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII).

I. Exostoses du conduit auditif externe. II. Deux cas d'abcès du cerveau consécutifs à une otorrhée ancienne. Opération. Guérison par U. Pritchard (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII).

Un cas de surdité avec atrophie du nerf acoustique et anomalie de conformation du labyrinthe membraneux, par A. Scheibe (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII).

Extraction au moyen du ciseau d'une balle de revolver logée dans le rocher, avec conservation de l'ouïe, par T. Wolf (*Zeits. f. Ohrenh.*, v. XXII).

Defect der Ohren (Malformations des oreilles, par Lindner (*Freie Verein. der Chir. Berlins*, 11 mai, in *Berl. klin. Woch.*, 10 août 1891).

Un nouvel électroscope pour l'oreille, le nez, l'urèthre, le vagin et le rectum, par L. Casper (*Berl. klin. Woch.*, 24 août 1891).

Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalien (Un cas de névrose de la peur avec anomalies de l'ouïe, par C. S. Freund et R. Kayser (*Deuts. med. Woch.*, n° 31, 1891).

Ueber Nervenatrophie im inneren Ohr (Sur l'atrophie des nerfs de l'oreille interne, par Habermann (*Zeits. f. Heilk.*, 1891).

Un singulier corps étranger de l'oreille, par Kœhler (*Charité-Annalen*, t. XV, p. 518).

Ueber operative Entfernung von Fremdkœrpern aus der Paukenhœhle mit Ausschælung der den knœchernen Gehörgang auskleidenden Weichtheile und Abmeisselung des Margo tympanicus (Extraction des corps étrangers de la caisse du tympan, avec énucléation de la partie molle qui enve-

Digitized by Google

loppe le conduit auditif osseux et ouverture de la marge tympanique, par Bezold (*Berl. klin. Woch.*, 7 septembre 1891).

Recherches sur les oreilles de 11 malades traités par la tuberculine, par Schwabach (*Verein f. innere Med. zu Berlin*, 13 avril; in *Berl. klin. Woch.*, 7 septembre 1891).

Das Epithel der Cristæ und Maculæ acusticae (L'épithélium des crêtes et des taches acoustiques, par O. Kaiser (*Arch. f. Ohrenh.*, septembre 1891).

Ueber die Formanomalien der Ohrmuschel (Sur les anomalies de forme du pavillon de l'oreille. Etude anthropologique, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, septembre et décembre 1891).

Ueber Diplacusis binauralis (Sur la diplacousie bi-auriculaire, par L. Troitel (*Arch. f. Ohrenh.*, septembre 1891).

Nécrologie de L. Jacoby, par O. Brieger (*Arch. f. Ohrenh.*, septembre 1891).

De la suture tardive après la trépanation de l'apophyse mastoïde, par Gruber (*Int. klin. Rundschau*, nº 32, 1891).

Sur un cas de cancer du conduit auditif externe suivi de mort, par Jurka (*Dissert. inaug. Halle*, 1891).

De la méthode agglutinative dans l'extraction de perles artificielles de l'oreille, par Olivenbaum (*Therap. Monatsh.*, août 1891).

Réaction au remède de Koch des suppurations de l'oreille moyenne survenant dans le cours de la phtisie pulmonaire, par Bezold (*Deuts. Archiv f. klin. med.*, XLVII, p. 622).

Ueber Nystagmus bei Ohraffectionen (Nystagmus dans les affections de l'oreille, par M. Cohn (*Berliner klin. Woch.*, 19 et 26 octobre 1891).

Beiträge zur Anthropologie des Ohres (Contributions à l'anthropologie de l'oreille, par G. Schwalbe (*Festschriff Rudolf Wirchow;* Hirschwald, éditeur, Berlin 1891).

Ueber die Behandlung der chronischen Otorrhoe mit einigen neueren Borverbindungen. — Traitement de l'otorrhée chronique par quelques nouvelles médications boriquées, par R. Kafemann (Brochure de 59 pages; A. W. Kafemann, éditeur, *Danzig*, 1891).

Zur Analyse des Weber schen Versuches. — De l'analyse de l'épreuve de Weber, par A. Bing (*Wiener Med Presse*, nºs 9 et 10, 1891).

Ein' neuer Stimmgabelversuch. Beitrag zur Differential diagnostik der Krankheiten des mechanichen Schalleitung, und des nervoesen Hoerapparates. — Essai d'un nouveau diapason. Contribution au diagnostic différentiel des affections de l'appareil conducteur du son et de l'appareil nerveux de l'ouïe, par A. Bing (*Wiener Med. Blaetter*, nº 41, 1891).

Ueber die Uebereinstimmung der galvanischen Reaction bei Auge und Ohr. — Sur l'accord de la réaction galvanique de l'œil et de l'oreille, par Kiesselbach (Sect. otol., 64e réunion des méd. et nat. allem. Halle s/S., 21 septembre, *Berl. Klin. Woch.*, 16 novembre 1891).

Ein operativ geheilter Gehirnabcess bei Otitis media. — Abcès cérébral consécutif à une otite moyenne guéri par une opération, par Truckenbord (Sect. otol., 64e réunion des méd. et nat. allem. *Halle s/S.*, 21 septembre; *Berl. Klin. Woch.*, 16 novembre 1891).

Weitere Mittheilungen über die operative Freilegung der Mittelohrraüme durch Ablœsuug der Ohrmuschel. — Nouvelles communications sur l'opération de la cavité de l'oreille moyenne par le décollement du pavillon de l'oreille, par Stacke (Sect. otol., 64e réunion des méd. et nat. allem., *Halle s/S.*, 22 septembre 1891, *Berl. Klin Woch*, 25 janvier 1892).

Ueber die bei Lupus der Nase vorkommende Erkrankungen des Mittelohres. — Affections de l'oreille moyenne consécutives au lupus du nez, par O. Brieger (Sect. otol., 64e réunion des méd. et nat. allem., *Halle s/S.*, 21 septembre, *Berl. Klin Woch*, 16 novembre 1891).

Ein Fall von geheiltem Schläfenlappenabcess. — Un cas de guérison

Digitized by Google

d'abcès du lobe temporal, par A. Baginsky et Th. Gluck (*Berl. Klin Woch.*, 23 novembre 1891).

Instrument pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par Herzfeld (*Deuts. Med. Woch.*, 5 novembre 1891).

Traitement des états syncopaux par l'excitation de la muqueuse de l'oreille moyenne, par Laker (*Wiener Med. Presse*, n° 25, 1891).

Lésions consécutives à l'immigration des bactéries dans l'oreille interne, par Moos (*Archiv. f. Pathol. Anat.* CXXIV, 3).

Ueber otistiche Hirnabscesse. — Sur les abcès cérébraux otitiques, par Jansen (*Berliner Klin. Woch.*, 3 novembre 1891).

Beitrag zur Aetiologie der katarrhalischen Ohrentzündungen. Bakteriologische Beobachtungen. — Contribution à l'étiologie des otites catarrhales. Observations bactériologiques, par A. Maggiora et G. Gradenigo (*Centralblatt f. Backteriu Parasitenkunde*, n° 10, 1891).

Versuch der Bildung eines künstlichen Gehoergangs bei angeborenem Mangel des aüsseren Gehœrgangs und bei derseitige mangelhafte Entwicklung der Ohrmuschel. — Essai de formation d'un conduit auditif artificiel dans un cas d'absence congénitale de conduit auditif externe et de développement incomplet bilatéral du pavillon de l'oreille, par E. Vali (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1891).

Bericht über die Thätigkeit der Kgl. Universitäts-Ohrenklink zu Halle a S. vom 1 April 1890 bis, 31 Maerz 1891. — Rapport sur le fonctionnement de la clinique otologique de l'Université Royale de Halle-s./S., du 1er avril 1890 au 31 mars 1891, par R. Panse (*Arch. f Ohrenh.*, décembre 1891).

Aristol dans les affections de l'oreille et du nez, par Bürkner (*Zeits. f. Therapie*, *Bd* 9, n° 15).

Affections de l'oreille consécutives à des opérations nasales simples, par Hessler (*Münch. Med. Woch.*, n° 5, 1892).

Zur physiologischen Bedeutung des Ohrlabyrinths. — Importance physiologique du labyrinthe de l'oreille, par A. Kreidl (*K. K. Gesel. der Aerzte*, 12 février; *in Wiener Klin. Woch.*, 18 février 1892).

Ueber den Einfluss von Schalleinwirkungen auf die akustische Empfindungsschwelle. — Sur l'influence des bruits, sur les sensations acoustiques, par Urbantschitsch (*K. K. Gesel der Aerzte*, 19 février; in *Wiener Klin. Woch.*, 28 février 1892).

Digitized by Google

NOUVELLES

Le Dr Georges Juffinger a été nommé privat docent de Laryngologie à l'Université de Vienne.

L'*American Dermatological Association* s'est réunie à Pequot House, New London, Conn., les 13, 14 et 15 septembre 1892.

Parmi les communications annoncées nous relevons :

Un cas inusité d'ulcération lupique du nez, par H. W. Stelwagon.

La date définitivement arrêtée pour l'inauguration du XIe Congrès médical international de Rome est le 24 septembre 1893 ; les travaux dureront jusqu'au 1er octobre.

La *Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie* se réunira à Rome le 26 octobre.

Communications annoncées :

Etudes cliniques sur l'ozène, par V. Morra. — Cas de pemphigus auriculaire et pharyngé, par V. Garzia. — I. Traitement des déviations de la cloison. II. Tuberculose nasale, par J. Dionisio. — I. Nouveaux tubes laryngiens. II. Sténoses cicatricielles hypoglottiques. III. Traitement des grosses tumeurs naso-pharyngiennes, par F. Massei. — I. Epithelioma du larynx. — II. Deux cas de croup chronique. III. 82 intubations et 82 trachéotomies comme contribution à la statistique, par F. Egidi. — I. Un cas de mutisme hystérique. II. Présentation du serre-nœud de Blake modifié et d'un tire-langue, par G. Ficano. — I. Résultats obtenus en examinant les oreilles de tous les élèves de l'institut V. E. pour les enfants aveugles à Florence. II. L'office d'otologiste et de laryngologiste dans les instituts et les écoles de sourds-muets. III. Deux cas de papillomes de la luette, par V. Grazzi. — Contribution au dia-

Digitized by Google

gnostic des laryngites goutteuses, par C. Abate. — I. Autres études cliniques sur la ressemblance de la syphilis et de la tuberculose laryngée. II. Traitement mercuriel de quelques affections scrofuleuses du nez, par A. Fasano. — Epithélioma primitif de l'amygdale gauche. Note clinique et anatomo-pathologique. II. Paralysies du voile dans l'influenza. Observations cliniques, par S. Marano. — Importance de la laryngologie, de la rhinologie et de l'otologie pour le praticien. Considérations et propositions, par A. Trifiletti. — I. Physio-pathologie du nerf récurrent. II. Nouvelles expériences sur le centre cortical du larynx (laboratoire de pathologie spéciale de la clinique médicale de Gênes). III. Diagnostic des maladies du labyrinthe. IV. Mutisme et paralysie hystérique du larynx. V. Physiologie de l'oreille interne (études du laboratoire de physiologie de Gênes), par G. Masini. — Phénomènes laryngés et trachéaux dans le goitre, par L. Ajello. — Pachydermie laryngée. Note histologique, par A. Damieno. — I. Sur l'énergie fonctionnel du nerf acoustique. II. Conditions de la transmission osseuse dans les otites moyennes en général, par G. Gradenigo. — Contribution aux paralysies laryngées, par P. Massuci. — I. Tumeurs laryngée (casuistique). II. Traitement de la phtisie laryngée (casuistique). III. Contribution à l'étude de l'empyème de l'antre d'Highmore. IV. Scie circulaire pour quelques opérations chirurgicales du nez. V. Laryngoscope électrique, par V. Nicolai.

Vin de Chassaing. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Digitized by Google

Poudre laxative de Vichy. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

Grains de Céber. Poudre Manuel. Granules ferro-sulfureuses Thomas

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Transactions of the thirteenth annual Meeting of the American Laryngological Association (Comptes rendus de la 13e réunion annuelle de la Société de laryngologie américaine tenue à Washington les 22, 23 et 24 septembre 1891. — Un vol. de 165 pages, D. Appleton and Ce, éditeurs, New-York, 1892).

Higiene y enfermemades de la nariz al alcance de todos (Hygiène et affections du nez à la portée de tous), par W. Tello. — Brochure de 30 pages. Impr. Mariano Moreno, Buenos-Ayres, 1892).

Normale und Pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge (Anatomie normale et pathologique des cavités nasales et de leurs annexes respiratoires, par E. Zuckerkandl. — Vol. II, 220 pages, avec 24 planches lithographiées, W. Braumüller, éditeur, Vienne et Leipzig, 1892).

Sanguijuela adherida al nivel del cuarto anillo de la traquea. Utilidad é inmunidad de la aplicacion de la cocaïna para conseguir la extraccion del anelido en casos semejantes (Sangsue adhérente au niveau du qua-

Digitized by Google

trième anneau de la trachée. Utilité et immunité de l'application de la cocaïne pour effectuer l'extraction dans des cas semblables, par R. DE LA SOTA Y LASTRA (*Extrait de la Rev. de Lar. Otol. y Rinol.*, 1891).

Coincidencia de la sifilis y de la tuberculosis en la laringe (Coexistence de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx), par R. DE LA SOTA y LASTRA (Tirage à part des *Archiv. int. de rin., lar., otol.*, février 1892).

Ueber Palpation des oberen und unteren Rachenr aumes, sowie der Kehlkopfhœhle (Sur la palpation de la cavité pharyngienne superieure et inférieure, ainsi que de la cavité laryngienne), par ZIEM (Tirage à part du *Therap. Monatshefte*, août 1892).

The Hygiene of the Ear (Hygiène de l'oreille), par V. COZZOLINO, traduction anglaise de J. ERSKINE (Broch. de 52 pages, Baillière, Tindall and Cox, éditeurs, Londres, 1892).

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 62.10.92.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

LE NEZ ET L'ÉRYSIPÈLE.

Par le Dr **Paul TISSIER**,

Ancien Interne des hôpitaux, Lauréat de la Faculté.

Depuis la publication du mémoire de *Fehleisen* en 1882, on s'accorde à regarder le streptocoque, vu déjà antérieurement par un certain nombre d'auteurs (*Wilde*, *Orth*, *Bouchard*, *Doléris*, etc.), comme l'agent causal de l'érysipèle. D'après les recherches les plus récentes, ce streptocoque serait identique au streptocoque du pus, de l'infection puerpérale (*Winckel*, *Doyen*, *Widal*, *Cornil*), de la lymphangite (*Verneuil* et *Clado*, *Garré*), du phlegmon diffus (*Jenot*), etc. En un mot, le microbe de l'érysipèle n'est autre que le streptocoque pyogène.

Les différents streptocoques décrits semblent n'être que des variétés d'une même espèce, variétés très instables et douées d'une virulence extrêmement variable, ce qui a même fait admettre un certain nombre d'espèces distinctes de streptocoques douées de propriétés pathogènes différentes (*Achalme*).

Ces considérations préliminaires ne sont pas sans importance au point de vue spécial qui nous occupe et nous en trouverons l'application dans les lignes qui vont suivre.

Sans nous préoccuper davantage des questions de pathogénie générale, ni, pour le moment, du point de départ de l'affection, nous étudierons les lésions du nez et des fosses nasales telles qu'on les observe dans un érysipèle commun de la face.

Quel que soit le point d'origine (oreille, plaie ou solution

Digitized by Google

de continuité quelconque de la face ou du cuir chevelu), les téguments externes du nez peuvent être pris aussi bien que les fosses nasales. Mais nous aurons surtout en vue les cas dans lesquels l'érysipèle débute, soit à la racine du nez soit à l'orifice inférieur des narines.

Nous n'avons pas à décrire l'aspect de la peau erysipélateuse, ni ses lésions. Bornons-nous à dire qu'au niveau du nez, l'érysipèle présente quelques particularités, dépendant d'ailleurs de la structure histologique de son revêtement cutané.

La rougeur y est souvent fort vive, l'œdème n'existe guère qu'au niveau de la racine du nez, qui paraît ainsi élargie; à la partie inférieure, notamment au niveau des narines en raison, de l'adhérence du derme aux tissus sous-jacents.

L'on y observe souvent des vésicules, qui par leur confluence forment par places de petites phlyctènes remplies d'un liquide citrin, jaunâtre, qui ne tardent pas à devenir louches. La douleur est assez vive et se traduit par une sensation de brûlure et de tension toute spéciale. L'inflammation se calme rapidement et elle est suivie d'une abondante desquamation. Dans les cas d'érysipèle à répétition, il peut persister un certain état d'œdème chronique déformant.

Nous ne pouvons, bien entendu, insister sur ces caractères de l'érysipèle du nez. Arrivons maintenant aux lésions des fosses nasales. Celles du vestibule sont absolument identiques à celles que nous venons de décrire au niveau de la peau. Elles ont pour résultat de retrécir l'orifice des narines, par suite du gonflement de la peau, surtout marqué au niveau du point où le revêtement cutané du vestibule se continue avec celui de la lèvre.

Il est assez fréquent d'observer des fissures, des érosions au niveau de l'angle externe.

Il existe en même temps un véritable coryza érysipélateux aigu.

L'affection nasale se traduit au début par une sensation de gène, de picotement, d'enchifrènement avec sécrétion plus ou moins abondante, séreuse, précédée ou accompagnée d'épistaxis parfois même assez considérables.

Digitized by Google

Dans le liquide séreux on trouve surtout des cellules à cils vibratiles plus ou moins déformées, de rares leucocytes et des microbes en nombre variable.

Si à ce moment on examine objectivement le nez, on y constate seulement un état turgescent de la muqueuse, une coloration rouge foncé, parfois presque violacée, surtout marquée au niveau des cornets. La rougeur est soit diffuse, soit plus marquée en certains points, plancher des fosses nasales, cornet inférieur, etc. Le septum est pris avec une certaine prédilection. A l'examen, la muqueuse qui le recouvre paraît rouge foncé, tuméfiée, brillante et parfois présente de petites vésicules (*Schech*). L'*épistaxis* est un symptôme assez commun, surtout au début de l'érysipèle. Il y a sans doute relation entre ce fait d'observation clinique et l'état du septum que nous venons de décrire. Il existe parfois de petites ecchymoses sous-muqueuses.

Le vestibule peut être indemne ou au contraire rouge, légèrement tuméfié, à surface lisse, tendue, recouverte de petites croûtes jaunâtres ou hémorragiques (rupture des vésicules). L'examen est assez douloureux.

Bientôt l'enchifrènement devient absolu, la sécrétion très abondante et purulente. L'acte de se moucher est très douloureux et à peu près impossible, aussi la sécrétion se concrète-t-elle rapidement en croûtes adhérentes qui, autan que la tuméfaction de la muqueuse, contribuent à obstruer la lumière des fosses nasales.

Veut-on les retirer, il en résulte souvent un écoulement sanguin. Au-dessous, la muqueuse est gonflée, mais ne présente plus cet aspect turgide, lisse, comme vernissé, du premier jour.

Au niveau des cornets, quelquefois aussi de la cloison, la muqueuse est très épaissie, infiltrée, de consistance ferme, fortement vascularisée, saignant au moindre contact.

Ces hémorragies sont d'ordinaire peu abondantes ; il n'y a guère d'exception à cette règle que lorsqu'on enlève les croûtes qui recouvrent la partie antérieure de la cloison.

L'examen histologique de la sécrétion purulente y montre des globules de pus et un nombre considérable de microbes

Digitized by Google

variés, parmi lesquels on retrouve plus ou moins facilement le streptocoque, qu'il est d'ailleurs facile de caractériser par les cultures (bouillon gélatinisé à 15 0/0, *Achalme*).

Dès le cinquième ou sixième jour, l'état local s'améliore ; le malade, gêné par l'obstruction nasale, cherche à se moucher; il parvient difficilement à détacher les croûtes, agents de l'obstruction; celles-ci sont volumineuses, plus ou moins colorées par le sang, mais il est rare alors d'observer de véritables épistaxis.

La perméabilité des fosses nasales une fois rétablie, la sécrétion diminue rapidement d'abondance et perd son caractère purulent.

En résumé, pour ne parler que des symptômes locaux, on voit que le coryza érysipélateux se différencie surtout par les caractères de la tuméfaction de la muqueuse, par l'état congestif, la fréquence aux hémorragies, l'abondance de l'écoulement purulent et la tendance à la formation de croûtes volumineuses et adhérentes.

Au point de vue anatomique, signalons la congestion, l'infiltration quelquefois purulente de la pituitaire; les lesions histologiques diffèrent peu de celles de la peau : exsudation séreuse, diapedèse leucocytique; néanmoins la nature de l'épithélium imprime à l'érysipèle du nez, comme d'ailleurs à celui de la muqueuse du larynx et des voies aériennes des caractères particuliers : desquamation rapide, sécrétion muco-purulente, etc.

Quelles sont les complications de l'érysipèle des fosses nasales? Du côté du vestibule, nous avons dans un cas, chez une jeune fille lymphatique, vu se produire de la suppuration des follicules pileux. Du côté des fosses nasales proprement dites, nous serions assez tentés de lui attribuer certaines lésions profondes.

Chez un de nos malades, atteint d'écoulement nasal purulent fétide depuis plusieurs mois et présentant au rhinoscope des lésions ulcératives de la muqueuse au niveau du cornet inférieur, l'origine des accidents remontait indiscutablement à un érysipèle de la face. D'ailleurs, rien ne militait en faveur d'une étiologie différente et le traitement antiseptique

Digitized by Google

suffit à amener la guérison dans un laps de temps relativement court.

Schech signale, de son côté, la rhinite phlegmoneuse avec lésions ulcéreuses possibles des os et des cartilages. *Schiffers* a observé la nécrose. Les autres complications sont plus communes : ce sont les suppurations auriculaires et celles des sinus.

Les lésions de l'oreille à la suite de la rhinite érysipélateuse n'ont rien de spécial au point de vue pathogénique : invasion de la caisse par la voie tubaire. L'otite moyenne érysipélateuse présente des caractères assez particuliers, en raison de la virulence de l'agent pathogène en cause (*Netter*). Tout en présentant, dans ses grandes lignes, les traits de l'otite moyenne suppurée, elle a une remarquable tendance à déterminer des complications sérieuses : propagation de l'inflammation aux cellules mastoïdiennes, aux sinus de la dure-mère, aux méninges.

Nous n'insistons pas sur ces lésions otitiques, leur étude complète nous entraînerait en effet à annexer d'une façon pour ainsi dire totale la pathologie de la caisse à celle des affections rhino-pharyngées.

Les complications des sinus nous arrêteront plus longtemps.

Elles peuvent atteindre tous les sinus de la face. Nous ne relaterons pas en détail l'histoire des empyèmes des sinus de la face liés à l'érysipèle ; leur symptomatologie aussi bien d'ailleurs que leur pathogénie et leur traitement ne diffèrent guère des suppurations de ces cavités liées aux divers coryzas infectieux.

Bornons-nous à rappeler pour l'empyème du sinus frontal les observations de *Ribéri* (1845), de *Demarquay*, celle plus récente de *M. Picqué* ; son malade eut, à quinze jours de distance, l'influenza, puis un érysipèle de la face. L'abcès du sinus frontal s'ouvrit spontanément ; il fut traité par l'incision, l'agrandissement de l'orifice osseux et le curettage de la cavité. Pour l'empyème du sinus maxillaire, rappelons l'observation ancienne de *Zuccarini* (1853) ; les constatations anatomiques de *Weichselbaum* qui, trois fois sur dix cas

Digitized by Google

d'érysipèle de la face, observa la propagation aux sinus; l'observation de M. *Luc*, dans laquelle M. *Ledoux-Lebard* fit l'examen bactériologique du pus et y constata, malgré l'ancienneté de la lésion (9 mois), la présence de streptocoques en chaînettes, à l'état isolé. Cette suppuration du sinus ne s'accompagnait pas de la fétidité si fréquente dans l'empyème d'origine dentaire. Dans ce dernier cas, on trouve de nombreux microorganismes (*Ledoux-Lebard*). Pour l'empyème du sinus sphénoïdal mentionnons les observations de *Weichselbaum:* parmi les causes de suppuration du sinus sphénoïdal, l'érysipèle tient la première place. Voici comment les choses se passent d'ordinaire : l'érysipèle suit sa marche normale, puis, plus ou moins rapidement, détermine l'apparition d'une céphalalgie vive, avec tuméfaction et rougeur du nez et de la région sous-orbitaire; quelquefois les accidents peuvent n'éclater (*Zuccarini*, *Duplay*, *Weichselbaum*) que longtemps après la fin de l'érysipèle : deux mois et demi (*Duplay*); la mort est fréquente, surtout si le siège de la lésion est inconnu. Elle peut se produire soudainement (apoplexie, *Zuccarini*), ou plus lentement : affaiblissement progressif, délire (*Duplay*), coma (*Weichselbaum*). La cause de la mort est alors soit une inflammation des méninges (*Demarquay*, *Weichselbaum*, *Zuccarini*), soit une thrombose du sinus caverneux (*Duplay*), etc.

Les *cellules ethmoïdales* sont aussi souvent touchées : accumulation de pus et lésions osseuses d'ostéite (*Duplay*).

Les lésions des sinus sont rarement isolées, il est rare de ne pas observer la suppuration de plusieurs d'entre eux. Le sinus maxillaire, les cellules ethmoïdales et le sinus sphénoïdal sont le plus souvent pris. Il faut voir, dans ce fait, le résultat de disposition anatomique particulière et notamment de la situation de l'orifice de ces sinus, qui s'ouvrent dans le sens horizontal, ce qui rend difficile l'écoulement des liquides qu'ils renferment.

Nous n'insisterons pas sur ces divers points ayant eu rarement l'occasion de les observer. Nous avons examiné un certain nombre de cas d'érysipèle de la face au point de vue de l'état du nez, nous n'avons guère constaté que des lésions

Digitized by Google

nasales. D'autre part, aucun de nos malades n'a succombé, et nous avons toujours éprouvé un refus formel, toutes les fois que nous avons voulu examiner à l'autopsie les sinus des malades des services spéciaux, ayant succombé à la suite d'un érysipèle.

Une série d'autres complications que nous ne faisons qu'énumérer c'est : 1° la propagation au pharynx et au larynx (*Labbé*, *J. Simon*, *Lasègue*, *Gaucher*, etc.). Chez un malade du service de M. le docteur Bucquoy, à l'Hôtel-Dieu, nous avons dû pratiquer, en 1889, la trachéotomie d'urgence. L'interrogatoire du malade, dont la guérison fut rapide, nous permit de reconstituer la filiation des accidents : érysipèle de la face, rhinite, laryngite. Le processus érysipélateux peut aussi envahir de même la trachée, les bronches et le poumon (Achalme); 2° la propagation vers les méninges et la cavité cranienne.

Malgré les rapports de contiguïté, malgré surtout les communications lymphatiques qui unissent le cerveau et le nez, la propagation de l'érysipèle aux méninges est assez rare. Dans le liquide céphalo-rachidien de deux érysipélateux morts avec un délire violent, M. *Achalme* n'a pu observer de cultures de streptocoques. Cependant étant donné la grande sensibilité de la séreuse cérébrale au streptocoque (*Netter*, *Achalme*), et l'existence de méningites, plusieurs fois notée au cours de l'érysipèle, il est nécessaire de signaler la possibilité de cette complication au cours de l'érysipèle des fosses nasales.

Les lésions anatomo-pathologiques des sinus présentent peu de caractères particuliers.

Elles sont analogues à celles de la pituitaire; l'érysipèle, lorsqu'il atteint les muqueuses, déterminant facilement une exsudation purulente.

Le pus contient de nombreux leucocytes dans l'intérieur desquels on trouve souvent des streptocoques et des cellules épithéliales plus ou moins profondément modifiées.

La paroi muqueuse présente une tuméfaction parfois diffuse, plus fréquemment avec des points où les lésions sont plus marquées : plaques saillantes, opaques, jaunâtres,

Digitized by Google

molles. Il est habituel dans les cas récents de trouver des hémorrhagies interstitielles.

Comme dans l'érysipèle de la peau, la lésion consiste surtout dans la présence d'un grand nombre de cellules rondes, infiltrant toutes les couches de la muqueuse. Les capillaires sont dilatés.

Il y a en outre coagulation de la fibrine, qui forme des masses fibrillaires enchevêtrées non réticulées. Cette coagulation de la fibrine est sans doute due à la stagnation dans la cavité du sinus, du pus sécrété. *Il se produit dans ces conditions une diastase* (*Achalme*), agent de la coagulation.

Existe-t-il un coryza érysipélateux pur, c'est-à-dire n'accompagnant ou ne précédant pas l'érysipèle de la face? La chose n'est pas douteuse et, de ce qu'il est d'observation assez fréquente de voir des signes de coryza précéder l'érysipèle, il est déjà permis de supposer que, dans certains cas particuliers, le coryza peut faire tous les frais de l'infection érysipélateuse streptococcique.

D'ailleurs, que la propagation vers la face par les points lacrymaux ou par l'orifice externe des narines doive ou non avoir lieu, le seul point qu'il nous paraît intéressant de poser est celui-ci. En présence d'une lésion limitée aux fosses nasales, au moment de l'examen, peut-on songer à la nature érysipélateuse de cette lésion?

Voici à ce sujet une observation qui nous a paru digne d'être relatée :

En mai dernier, vint nous consulter à la clinique laryngologique de l'Hôtel-Dieu, une jeune fille de 17 ans, à habitus scrofuleux : Elle nous raconte être depuis fort longtemps sujette aux coryzas; même en dehors des poussées aiguës, elle garde un écoulement muco-purulent et, le matin a le nez obstrué par du muco-pus concrété.

Il y a trois jours, sans cause apparente, elle éprouva du malaise, de la céphalée au front et à la nuque, frissons répétés et violents; fièvre vive et épistaxis assez abondante. La nuit fut mauvaise; le lendemain mardi, les symptômes subjectifs s'aggravèrent : appétit nul, nausées, fièvre intense; en même temps les phénomènes de coryza entrent en scène : douleur continue, gravative ; enchifrènement absolu, muco-pus adhérent et légère-

Digitized by Google

ment sanguinolent, sensation de tension et d'ardeur nasale, etc. Le lendemain mercredi, nous la voyons pour la première fois.

Le facies est assez animé, la langue est sale, la peau chaude, le pouls fréquent : la malade se plaint uniquement de son nez; mais en presence de l'intensité des symptômes généraux notre attention est éveillée de suite sur la possibilité d'un coryza infectieux ou d'un coryza compliqué.

L'aspect de la face ne présente aucun signe d'inflammation, la lèvre supérieure n'est même pas érythémateuse ; la gorge ne présente qu'une légère teinte rouge diffuse.

L'examen du nez nous montre un état de congestion extrême, avec par places des plaques rouge-violacées lie de vin et sur la cloison du côté gauche, une légère ecchymose. De ce côté le vestibule est intéressé, la surface interne de l'aile du nez est légèrement tuméfiée, rouge, luisante, l'orifice des narines est rétréci et l'application du spéculum douloureuse. La muqueuse est recouverte de croûtes jaune-noirâtres adhérentes, obstruant les fosses nasales. Leur enlèvement, avec précaution, détermine un léger suintement sanguin.

Depuis longtemps déjà notre attention était dirigée sur la question de la rhinite érysipélateuse et, dès le premier moment, nous songeons à la possibilité de ce diagnostic.

Sur un nouveau signe de l'érysipèle du nez. Bien des probabilités militaient en faveur de l'érysipèle, la fièvre relativement élevée, le mode de début, l'état de la muqueuse, la présence de sang dans les mucosités, etc. Cependant, en l'absence de preuve bactériologique, nous aurions hésité à émettre une affirmation précise.

La présence d'adénopathies douloureuses nous enleva tous nos doutes. Certes, il est possible qu'une lésion inflammatoire non érysipélateuse retentisse sur les ganglions, mais nous croyons l'adénopathie fort rare, sinon toujours absente, dans les diverses formes de rhinite aiguë non compliquée.

En raison de l'importance que nous attribuons à l'adénopathie dans le diagnostic de l'érysipèle des fosses nasales, nous ne croyons pas déplacé d'entrer ici dans quelques développements.

L'étude des lymphatiques du nez est fort sommairement traitée dans les traités d'anatomie ou de rhino-pathologie.

Digitized by Google

Les auteurs français se bornent à quelques indications dont il faut surtout retenir le peu de précision.

Nous en résumerons les principaux points d'après les mémoires de *Hjalmar-Heiberg* et de *Simon*. Les lymphatiques de la muqueuse nasale se réunissent en un tronc principal qui chemine entre la trompe d'Eustache en arrière et la partie postérieure des cornets en avant. Ce tronc se subdivise en ce point en plusieurs branches anastomosées d'où sortent deux troncs qui se dirigent en arrière et en dehors entre les deux muscles péristaphylins interne et externe; ils se séparent bientôt et se rendent le premier dans un ganglion prévertébral situé entre la carotide interne et le muscle stylo-pharyngien, le second, après avoir perforé le digastrique se place en dehors du nerf lingual et s'être divisé alors en deux branches, dans deux ganglions situés au-dessous du sterno-cludomastoïdien.

Nous avons souvent remarqué dans l'érysipèle de la face, avec coryza érysipélateux, et, nous avons vu combien fréquent est le cas, une certaine raideur de la tête, marchant de pair avec l'endolorissement et la douleur à la pression des parties latérales du cou. Pour nous il n'est pas douteux que ces divers troubles soient l'expression du retentissement ganglionnaire du processus érysipélateux nasal.

Revenons maintenant à notre malade. Elle se présente la tête immobilisée, tous les mouvements de flexion du cou sont pénibles et la palpation de la région cervicale latérale est douloureuse surtout à gauche, côté correspondant au maximum des lésions nasales. Il est impossible de ne pas attribuer ces symptômes à une adénite, expression du retentissement sur l'appareil lymphatique de la rhinite aiguë présentée par la malade.

Or, bien que, comme nous l'avons déjà dit, l'adénopathie territoriale ne soit pas spéciale à l'érysipèle, comme nous ne l'avons que très exceptionnellement observée, et dans des conditions très particulières, dans le coryza aigu simple ou purulent, nous considérons les adénopathies se traduisant par les symptômes que nous venons d'indiquer, comme un excellent signe de rhinite érysipélateuse.

Digitized by Google

L'observation ultérieure de notre malade confirma notre diagnostic, et dès le lendemain se déclarait un érysipèle de la face.

En résumé, nous admettons qu'il existe une rhinite érysipélateuse primitive ; peut-elle rester isolée et constituer la seule manifestation de l'infection streptococcique. C'est là un fait que nous croyons possible, et même relativement fréquent, mais dont nous ne pouvons cependant donner d'observation absolument démonstrative.

Résumons très brièvement la symptomatologie : début fébrile avec frissons, céphalalgie frontale, quelquefois douleur de la nuque, caractère gravatif et continu des douleurs, épistaxis fréquentes, puis bientôt ardeur, sécheresse du nez, enchifrènement qui devient absolu, muco-pus souvent sanglant relativement peu abondant, se concrétant sur la muqueuse des cornets en croûtes de coloration plus ou moins foncée et assez adhérentes ; état de congestion extrême de la muqueuse, présentant une tuméfaction diffuse, une coloration lie de vin et même par places des ecchymoses.

Immobilisation relative de la tête, souvent légèrement inclinée d'un côté ; douleur spontanée et à la pression de la partie latéro-supérieure du cou, symptômes dus aux adénopathies symptomatiques de la rhinite érysipélateuse.

Plus tard, écoulement de muco-pus purulent assez liquide et évolution habituelle de la rhinite érysipélateuse, telle que nous l'avons décrite à propos des lésions nasales de l'érysipèle de la face.

Nous ne reviendrons pas davantage sur les complications de la rhinite érysipélateuse primitive, qui ne diffèrent en rien de celle de la rhinite érysipélateuse vulgaire.

Arrivons maintenant à l'étiologie de la maladie. En dernière analyse elle se résume dans l'étiologie de l'érysipèle en général, dans la notion du streptocoque de Fehleisen, son agent pathogène spécifique.

Mais la question s'élargit singulièrement si l'on envisage le rôle du nez dans la genèse de l'érysipèle de la face en général. A ce sujet, il est intéressant de dire quelques mots de l'érysipèle à répétition et notamment de l'érysipèle cataménial.

Digitized by Google

Il est impossible d'admettre, en pareil cas, une contagion chaque fois renouvelée. A l'exemple de *Verneuil*, tous les auteurs admettent aujourd'hui qu'il s'agit du passage à l'état actif du streptocoque qui s'est cantonné, silencieusement, pendant un temps plus ou moins long, soit au niveau d'une lésion cutanée minime (*Cachera*, *Critzmann*, *Widal*) soit même dans les cavités muqueuses de la face où on le trouve si souvent, même à l'état normal.

« Il est certain que dans bien des cas on peut invoquer « l'origine nasale ou pharyngienne de l'érysipèle à répétition » *Achalme*.

Ceci nous amène à envisager la question à un point de vue plus élevé et plus général, c'est-à-dire à nous demander le rôle du nez dans la production de l'érysipèle de la face.

Ce rôle, nous le croyons considérable et beaucoup trop négligé. Ce serait vouloir prouver l'évidence que de nous étendre longuement sur cette affirmation.

L'observation clinique quotidienne qui nous montre le début fréquent au niveau de l'orifice externe du nez ou des points lacrymaux, la présence, pour ainsi dire constante en pareil cas, du coryza érysipélateux aux périodes d'invasion et de début de la maladie, sont en effet des preuves indiscutables de la justesse de notre proposition de tout à l'heure.

Quelle est la raison d'être de ce rôle de la cavité des fosses nasales dans la production de l'érysipèle de la face?

Ce n'est pas le lieu d'insister ici sur les recherches de *Besser* qui a montré l'existence du streptocoque dans le mucus nasal même normal de certains individus. Nous les rappelons parce quelles nous permettent de comprendre la pathogénie de l'érysipèle facial.

La porte d'entrée du streptocoque nous la trouvons dans une lésion même minime de la muqueuse ou de l'orifice des narines (vésicule d'herpès, fissures, rhagales, etc.); le streptocoque peut provenir soit du dehors (contagion), soit du nez lui-même, sa virulence se trouvant accrue du fait de circonstances variables. L'érysipèle, d'abord intra-nasal, ne tarde pas dès lors à s'extérioriser par propagation de proche en proche.

Digitized by Google

Le processus éteint, le streptocoque peut persister un temps plus ou moins long dans les tissus, en apparence sains, ou dans la cavité nasale ou même, ce qui est fréquent, (*Moldenhauer*) au niveau de lésions minimes banales (fissures, eczéma du vestibule) de l'entrée du nez ou des narines.

De là, la possibilité d'un retour agressif, d'une nouvelle poussée érysipélateuse, reconnaissant pour cause soit une aggravation de lésions locales, soit une modification de l'état général (excès de boissons, menstruation, etc.).

Et dès lors, on conçoit sans peine l'importance du rôle du nez dans l'érysipèle de la face et la nécessité d'instituer un traitement et curatif et prophylactique qui s'inspire de ces notions.

L'érysipèle de la face constitué (nous n'avons pas à nous occuper des procédés thérapeutiques qui lui conviennent en propre), faut-il soigner de suite l'affection nasale? A notre avis la chose n'est pas douteuse, mais quel traitement employer. Il faut avec soin éviter tout traumatisme, même léger, susceptible d'ouvrir une nouvelle voie à l'infection. L'irrigation nasale est rejetée par nombre de médecins qui craignent d'inoculer ainsi la caisse.

Pour excessive que nous tenions cette crainte, nous reconnaissons qu'elle peut être parfois permise. Aussi ne faisons-nous pratiquer des irrigations que lorsque la voie nasale est libre des deux côtés. Il est bon que le médecin fasse lui-même le lavage. Nous nous servons en pareil cas d'une solution de *sublimé* à 1/5000. A la suite de l'injection, nous insufflons dans le nez une poudre composée, à base de calomel.

L'enchifrènement disparaît très rapidement. La sécrétion devient d'abord plus abondante, muco-purulente, puis muqueuse ; à l'examen direct, on constate la rétrocession rapide de l'état congestif et inflammatoire de la muqueuse nasale et on évite, en outre, les complications par propagation du processus du côté des sinus, des voies aériennes inférieures et de l'oreille moyenne.

Le traitement des lésions persistantes, l'antisepsie nasale suffisent pour écarter les récidives.

Digitized by Google

Des mêmes principes se déduit naturellement le traitement de l'érysipèle à répétition. Il y a cependant ici une cause d'insuccès, la persistance possible du streptocoque dans les tissus sains.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traités classiques.

SIMON. — *Schmidt's Jahrbücher*, Bd. 107 et Bd. 161.

POUTIER. — Érysipèle de la face avec coryza et bronchite érysipélateuse (*Gazette des hôpitaux*, 1865.)

SCHLUMBERGER. — Documents pour servir à l'étude de l'érysipèle du pharynx et des voies respiratoires (*Thèse de Paris*, 1872.)

WEICHSELBAUM. — *Wiener med. Jarhb.*, 1881 et *Int. kl. Rundschau*, 1888.

VERNEUIL. — *Société de Chirurgie*, 1885, et *Mémoires de chirurgie*, t. IV.

SCHIFFERS. — De l'érysipèle des fosses nasales (*Revue de laryng.*, 1er mars 1889.)

BRYSON DELAVAN, — *Société de laryngologie* (New-York, 30 mai 1889.)

BESSER. — Ueber die Bakterien der normalen Luftwege (*Beiträge z. path. Anat. u. allg. Path.*, Band VI, heft. 4, 1889.)

LUC ET LEDOUX-LEBARD. — Un cas d'empyème de l'antre d'Higmore dû au streptocoque de l'érysipèle (*France médicale*, p. 307, 1891.)

CRITZMANN. — De l'érysipèle à répétition (*Arch. gén. de médecine*, janvier 1892.)

ACHALME. — Considérations pathog. et anatomo-path. sur l'érysipèle (*Thèse de Paris*, 1892.)

CACHERA. — Érysipèle à répétition (*Thèse de Paris*, 1891.)

Digitized by Google

II

LES INDICATIONS DE L'OUVERTURE DE L'APOPHYSE MASTOIDE DANS LES OTITES INFECTIEUSES.

Par le Dr **Francisco ORGOGOZO**, de Montevideo.

I

L'opportunité de l'ouverture des cellules mastoïdiennes dans les cas d'otite suppurée aiguë, grippale, a été récemment mise à l'ordre du jour par les travaux de Zaufal, de Duplay, etc., et surtout par la lecture faite par le professeur Politzer à la Société d'otologie et de laryngologie de Paris, d'un mémoire très complet à ce point de vue. Au cours de la discussion qui suivit, Châtellier et Politzer défendent avec fermeté cette opinion : la nécessité de l'intervention chirurgicale précoce.

D'autres cliniciens d'égale valeur ne pensent pas qu'il y ait lieu de hâter systématiquement le moment de l'intervention ; ils croient qu'il faut savoir attendre l'indication, en donnant les soins topiques, énergiques, qui leur ont presque toujours suffi pour amener la guérison des otites suppurées les plus sérieuses sans ouvrir l'apophyse mastoïde.

MM. Gellé et Lœwenberg, en effet, ont acquis cette conviction basée sur une longue expérience (15 ans). Loin d'opérer immédiatement, dès le huitième jour, dans les cas aigus, ils multiplient les pansements, les applications d'agents antiseptiques dans la caisse; ils surveillent plus assidûment l'issue du pus à travers l'hiatus, à travers la perforation tympanique, etc.; et ils prétendent par ces moyens retarder l'invasion des cellules, et tout au moins la limiter; en tout cas ils ont la certitude que, grâce à ces soins, à leur application continue et méthodique, ils ont pu empêcher la ré-

Digitized by Google

tention du pus et la formation d'un foyer infectieux dans la cavité mastoïde au cours des otites les plus graves.

A cela les partisans de l'intervention hâtive, et Politzer à leur tête, répliquent que l'invasion des cellules est précoce et rapide; que la suppuration siège souvent dans des points isolés; que l'antrum, par l'épaississement de la muqueuse, est comblé; que le canal antro-tympanique disparaît de même, ou devient insuffisant; et qu'ainsi se trouvent constitués un ou plusieurs foyers purulents inabordables aux lavages antiseptiques, et que le traitement de l'otite ne saurait atteindre. Ces cas cependant n'échappent pas à l'action si énergique des topiques réfrigérants, les plus sûrs agents de résolution alors. On ne peut nier que dans l'otite aiguë grippale, que l'on vise tout d'abord, affection infectieuse par excellence, dont les manifestations ont une tendance extensive, et une facilité de propagation si redoutable, l'invasion des cellules puisse se faire concomitamment et rapidement; la clinique montre qu'elle se produit plus fréquemment, mais non fatalement; les cas simples prédominent en effet. D'ailleurs, à cet argument pressant, les temporisateurs répondent : « C'est grâce à une thérapeutique locale active que nous avons pu éviter l'abcès mastoïdien, limiter la suppuration des cellules, en réduire la durée; et empêcher les effets de la rétention du pus ». Et ils ajoutent : Des notions anatomiques établies par les recherches de Zuckerkandl et de Politzer on peut tout aussi bien conclure à la difficulté de la propagation des otites suppuratives vers la mastoïde dans un nombre très respectable de cas où l'état diploétique existe; où l'on trouve l'antre pétreux très rétréci, l'ouverture antro-tympanale nulle ou annulée, et la communication de la caisse avec les cellules pneumatiques fermée.

L'existence de ces conditions anatomiques n'est pas de nature assurément à faciliter l'extension du processus à la mastoïde, ni l'inflammation de la muqueuse des cellules si bien isolées de la cavité tympanique malade.

Quant aux cas si nombreux où il existe à peine quelques cellules au milieu du tissu osseux compact, on ne voit point non plus que cela facilite la propagation fatale. On conçoit

Digitized by Google

aussi combien est aléatoire l'effet d'une ouverture, urgente, dit-on, d'une ou deux cellules superficielles ou profondes, isolées, introuvables presque au milieu du tissu osseux diploétique ou compact.

Restent les apophyses dont les cellules sont aérées, pneumatiques et largement en communication avec l'antrum et la caisse, et où la propagation et la collection du pus sont par suite le plus à redouter. Cette disposition se rencontre dans le tiers des cas à peu près, au dire des anatomistes les plus autorisés (Zuckerkandl). On peut donc avancer qu'il y a de ce chef pour les partisans de la temporisation presque deux tiers de chances de ne pas se tromper en pratiquant une sage expectation, c'est-à-dire en attendant les signes indubitables d'une collection purulente intra-mastoïdienne. L'argument tiré des conditions anatomiques et anatomo-pathologiques reste ainsi toujours discutable. Pour Politzer c'est une raison de plus d'intervenir s'il n'y a pas communication entre les cellules et la cavité du tympan; mais à quoi le reconnaître?

Quand les cellules mastoïdiennes suppurées sont disséminées et ne communiquent pas entre elles ni avec la caisse, elles sont superficielles toujours; et on les découvre sous la table externe facilement, dit le savant auriste viennois; et il a montré à l'appui des préparations anatomiques en effet très probantes. En réalité, dans la pratique, c'est un diagnostic impossible.

En définitive, sans se guider sur la séméiotique, les opérateurs obéissent à cet argument pour eux décisif : « l'opération a des suites insignifiantes, tandis que la non-intervention peut entraîner la mort » (Politzer). Quel est donc le chiffre des morts, pour opérer ainsi tous les malades? Les temporisateurs n'auraient-ils donc jamais vu d'otites graves, eux qui annoncent avoir rarement ouvert aussi hâtivement la mastoïde? On leur a dit qu'ils ont eu une série heureuse. Le professeur Tillaux, dont la prudence n'exclut pas la hardiesse, a maintes fois déconseillé la trépanation dans ces dix dernières années, dans des cas où il lui semblait sage de temporiser, et où d'autres chirurgiens voulaient

Digitized by Google

intervenir, et tous les malades ont guéri sans trépanation. On pèsera la valeur d'une semblable affirmation.

Est-il, d'ailleurs, admissible que pendant si longtemps Lœwenberg, Gellé, Pomeroy, Abbott, etc., se soient abstenus systématiquement d'opérer dans les cas aigus qui se sont présentés à leur examen, et dans lesquels sans doute, d'autres auraient jugé utile, nécessaire, indispensable d'opérer et dangereux de ne point le faire ?

Rien de plus facile que de poser cette loi : « Dans tous les cas d'otite aiguë suppurée il faut trépaner rapidement. » Mais n'est-ce point faire preuve d'un jugement médical à la fois plus scientifique et plus sûr que de savoir trouver les indications de l'intervention chirurgicale, puisqu'il est cliniquement et absolument démontré qu'une grande partie des accidents guérit sans opération.

Un élément qui prend une importance considérable dans la balance des indications, c'est l'ÉTAT INFECTIEUX, si évident dans l'influenza. Il est clair qu'en outre de cette raison indiscutable, la crainte de créer un foyer d'infection dans les cellules suppurées, il y en a une autre tirée de la nature même du processus, de sa marche envahissante, de sa force extensive, que l'étiologie microbienne explique si bien, et qui se manifeste par la fatalité des complications, par la bilatéralité des lésions otiques, par la suppuration inévitable de ces organes, par l'extension aux sinus, aux cellules mastoïdes, aux méninges, enfin par l'infection générale. C'est un facteur morbide prédominant.

Certes, de tous les arguments en faveur de l'intervention précoce, celui-là est le meilleur. Il est clair que le médecin doit surveiller plus étroitement la marche de l'inflammation et surtout peser sa résistance aux moyens que la pratique a consacrés comme héroïques d'ordinaire. Le mal donne sa mesure dans cette résistance, par ses retours agressifs, malgré le traitement général et topique le plus sévère.

Cette notion de l'injection qui domine alors l'évolution de la maladie otique motive les craintes du médecin, sa réserve, stimule son activité thérapeutique; et, à la moindre alerte, peut suffire à précipiter l'intervention; mais il y a là un

Digitized by Google

élément de jugement et rien de plus; le mal ne montrant sa gravité, son mauvais génie que par ses progrès, sa durée et sa résistance, etc., c'est donc sur la marche de l'affection qu'on doit en définitive se guider, et non sur des *a priori;* et il y a des réserves à faire, tout en prenant très au sérieux la valeur de l'élément infectieux que l'épidémie d'influenza nous a montré si cruellement actif.

L'ouverture de l'apophyse est un moyen d'expulser certains produits morbides, mais n'influence ni leur cause ni leur genèse. Politzer ne donne-t-il pas dans son travail le résultat d'autopsies d'individus trépanés cependant, et non tardivement? De même parmi les faits cités par le Dr Chatellier il en est où l'infection générale s'est produite malgré la trépanation. Cela montre que certaines affections s'étendent et se généralisent plus vite, malgré notre décision et notre intervention, et que la lésion mastoïde est souvent secondaire à l'infection générale. D'autre part, qu'on veuille bien se rappeler les faits cliniques précis où il exista les signes les plus clairs, indicateurs de l'invasion des cellules par la suppuration, et dans lesquels des observateurs de la valeur de Zaufal ont pu, à l'autopsie, constater la suppuration intra-cranienne avec des cellules mastoïdiennes saines; et l'on voit où peut conduire une trop grande hâte à opérer. Il faut redoubler de prudence, puisque les lésions peuvent exister en dehors des cellules mastoïdiennes et loin de l'oreille.

Quand donc le médecin sera-t-il conduit à craindre la suppuration intra-mastoïdienne? A quels signes la reconnaîtra-t-il? A quel moment cette suppuration devient-elle une menace, un danger? Car on l'a vue durer dans bien des cas et cependant se tarir sans trépanation. En un mot, sur quelle symptomatologie se basent le diagnostic de la complication, de son siège dans la mastoïde, et surtout l'urgence d'une ouverture des cellules mastoïdes?

II

De l'analyse des observations il résulte que l'on peut se

Digitized by Google

trouver en présence de trois catégories de faits pathologiques :

1° Tantôt le sujet, atteint d'otite aiguë suppurative, arrive avec une lésion mastoïde précoce, mais où rien ne manque des signes objectifs de l'invasion des cellules mastoïdiennes et qui ne laisse aucun doute sur leur participation au processus otitique. La formation de ce nouveau foyer infectieux explique la gravité des troubles observés. L'évidence existe et pour la complication nouvelle et pour son siège. Au point de vue de l'intervention, il ne saurait y avoir alors ni temporisation ni hésitation, car les symptômes parlent un langage clair pour tous, quelle que soit leur précocité;

2° D'autres fois la complication est d'une allure particulière. Au cours de l'otite suppurée, soit dans les premiers jours, soit plus tard, elle emprunte la symptomatologie des affections des organes voisins. Elle revêt la forme de méningite (convulsions, état cérébral, vertige, vomissements, coma), de sinusite, d'ostéo-périostite ou de la pyohémie même (forme typhoïde); mais cette apparition d'accidents aussi graves au cours d'une otite aiguë suppurée suffit à rendre probable la complication mastoïde, et la décision doit être prise rapidement. Cependant (cas de Zaufal, de Moure (1), de Knapp (2)) il y a bien d'autres points autour de l'oreille que l'infection peut avoir atteints, qu'il y ait ou non suppuration mastoïdienne. Le doute est donc permis sur le siège précis dans l'apophyse de la complication annoncée par les signes graves, mais la probabilité existe.

Le danger est là pressant; une chance de salut s'offre si le foyer est mastoïdien; et l'opération s'impose. C'est, de l'aveu de tous les chirurgiens et des cliniciens auristes, la conduite à tenir en ces circonstances. Ici, les résultats heureux abondent.

Le danger pressant, la probabilité du foyer de la complication dans l'apophyse sont ainsi les arguments décisifs de l'intervention chirurgicale. On remarquera que l'on n'est

(1) Moure. *Comptes rendus de la Soc. française d'otologie et de laryngologie*, septembre 1890.
(2) Knapp. *Comptes rendus Soc. américaine d'otologie*, 1891.

Digitized by Google

en définitive guidé ici que par des signes rationnels, mais positifs, par cette excellente raison que les accidents observés s'expliquent mieux alors par la suppuration des cellules;

3° Cependant il n'en est pas toujours ainsi, surtout au début de l'affection; à ce moment, si l'engorgement est admissible, si la suppuration de cellules isolées est à craindre, la formation d'un foyer purulent intra-mastoïde reste encore douteuse. Dans certains cas l'indication, au lieu d'être précise comme dans le premier ordre de faits, ou impérieuse comme dans le deuxième, reste indécise, sans point d'appui. Tout à l'heure nous découvrions sans effort l'urgence d'intervenir; et ce sont là les conditions ordinaires dans lesquelles se trouve appelé l'opérateur; l'intervention, au contraire, est discutable quand il y a peu de signes, ou des signes isolés, douteux, et quand l'otite est récente. Analysons les principaux symptômes de la mastoïdite au point de vue des indications qu'ils peuvent fournir en pareil cas.

A. — Tantôt la douleur seule appelle l'attention sur l'existence d'une complication intra-mastoïde. Son siège, son retour après une accalmie trompeuse, sa persistance, ses redoublements nocturnes, son extension à la surface de la région, sa provocation facile en un point fixe par la pression, sa nature paroxystique, sa coïncidence avec la recrudescence de la chaleur locale, avec l'élévation vive de la température générale, doivent faire craindre la suppuration de l'apophyse mastoïde. Pour Schwartze, Politzer, Duplay, Gellé, Chatellier, Lœwenberg, et la plupart des auteurs, l'intensité extrême des douleurs spontanées dans l'apophyse mastoïde est reconnue comme un symptôme d'une importance considérable au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Cependant, mon excellent maître M. Gellé, l'ayant proposée dans ces conditions sans la faire accepter, a pu, malgré ce refus, être assez heureux pour voir tout se terminer sans accident, grâce à la glace et aux soins topiques. Le professeur Tillaux (1), qui a peut-être été le premier à décrire l'abcès

(1) Tillaux. *Chirurgie clinique*, t. I.

Digitized by Google

circonscrit de l'apophyse mastoïde avec les caractères qui lui sont propres (1886) enseigne que, à la suite d'une otite aiguë suppurée avec perforation spontanée ou chirurgicale de la membrane du tympan, si les douleurs persistent, même après guérison apparente de l'otite, il est rationnel d'admettre un abcès enkysté, circonscrit, car un abcès de ce genre peut occuper le centre de l'apophyse mastoïde sans que sa présence soit révélée par aucun signe local dans la caisse ou derrière l'oreille. Ici, la douleur spontanée et provoquée par la pression dans un point toujours le même constitue dès lors le seul signe réel sur lequel on puisse baser le diagnostic.

Si l'otite est à son quinzième, vingtième, trentième jour et, *a fortiori*, si elle est plus ancienne, la réapparition de cette douleur, spontanée ou à la pression avec retour d'un écoulement purulent, abondant; ou bien si l'écoulement a persisté mais presque sans douleur, et si tout à coup celle-ci reparaît, il y a indication nette d'intervenir. Si à cela il se joint le malaise général, la température élevée, l'insommie, l'agitation, alors le temps presse, et d'autant plus que l'affection date de plus longtemps. Gellé et Lœvenberg ont cependant obtenu la guérison sans trépaner, malgré ces retours agressifs.

La douleur mastoïde fixe, l'écoulement abondant, prolongé loin du début de l'otite purulente, peuvent donc dénoncer la rétention du pus dans la mastoïde et la formation d'un foyer infectieux en ce point. Mais dans les premiers jours?

En général, au début, les signes de la mastoïdite sont ceux de l'otite et se confondent avec eux. Il y a donc à traiter celle-ci tout d'abord. Après un certain temps, on observe dans les cas simples, surtout si l'on a ouvert le tympan dans les premiers jours, que la marche de l'affection vers la guérison est évidente. En vingt jours tout peut être fini.

Or, bien différente est la marche de l'otite dans les cas où l'ouverture de la membrane du tympan est tardive, spontanée et plus ou moins insuffisante. C'est alors sur les résultats rapides ou non du traitement curatif qu'il faut se guider (froid, myringotomie, topiques, antiphlogistiques, etc., etc.);

Digitized by Google

car, s'il y a persistance de l'état aigu, redoublement de la douleur et surtout apparition de nouveaux symptômes, l'idée d'une complication mastoïde doit venir à l'esprit ; et la certitude de celle-ci existera si l'on constate la douleur mastoïde fixe, la fièvre vive, l'écoulement purulent, abondant, le gonflement du fond du conduit, etc, etc.

B. — L'abondance de l'écoulement est un autre signe précieux pour le diagnostic. Dans les cas de mastoïdite, l'écoulement de pus persiste et reste très abondant, malgré l'incision tympanique; tandis que, quand l'affection marche vers la guérison, l'écoulement, abondant les premiers jours, diminue peu à peu, même sans intervention, et cesse 18 à 20 jours après si on fait la myringotomie dans les 5 premiers jours, et plus tardivement (5e ou 6e semaine) si l'ouverture s'est faite spontanément. Le professeur Duplay enseigne que l'abondance seule et surtout la persistance de cet écoulement, à défaut d'autres signes, peuvent autoriser à poser le diognostic de mastoïdite. En effet, chez quatre malades confiés à ses soins, il s'est fondé sur ce seul symptôme pour faire l'ouverture de l'apophyse, et le résultat lui a donné raison. Mais on tient ici compte de la durée du phénomène otorrhée; ce n'est certes point là un signe d'intervention hâtive, puisque l'élément *durée*, et d'autres fois l'élément *récidive* deviennent à un moment donné les indications les plus sérieuses de l'ouverture chirurgicale du foyer intra-mastoïde.

On se rappelle que parmi les arguments présentés par le professeur Politzer pour décider une intervention hâtive, c'est surtout l'isolement des foyers de suppuration et des cellules, et plus encore l'absence ou l'oblitération de l'hiatus tympano-mastoïde qu'il a mis en avant; or, il est à craindre qu'en pareil cas l'abondance de la suppuration ne vienne pas démontrer l'invasion isolée des cellules mastoïdes. La description de Tillaux mentionne le fait dans l'abcès intra-mastoïdien circonscrit. Les intermittences ou l'arrêt de l'écoulement purulent doivent faire soupçonner également ces conditions anatomo-pathologiques.

(1) Duplay. *Union médicale*, février 1892. La mastoïdite suppurée.

Digitized by Google

C. — La température locale ne fournit pas un élément de grande valeur diagnostique; car si la région mastoïdienne offre parfois une chaleur considérable, cette élévation thermique est surtout observée dans les lésions superficielles; la température locale peut d'ailleurs ne pas être modifiée dans l'abcès intra-mastoïde.

Il n'en est plus de même de la température générale; elle est d'habitude assez élevée; elle peut même atteindre 40°5, ou 41°. Cependant, Politzer, Duplay, Gellé ont vu des cas ou elle ne dépassait pas la normale.

Une brusque ascension thermique doit inspirer de légitimes inquiétudes; surtout si après l'usage du sulfate de quinine la défervescence ne se produit pas; et les craintes seront plus justifiées encore si après une défervescence franche, la température remonte brusquement dans le cours d'une otite suppurée. Cette réascension thermique a été bien étudiée dans l'épidémie de grippe par Teissier (1) et Zacharine qui la considèrent comme une menace de complications dans l'influenza; elle doit également les faire redouter dans la convalescence des fièvres graves et des maladies infectieuses.

D. — Le gonflement de la région mastoïdienne avec ou sans fluctuation profonde, avec rougeur, chaleur, douleur fixe, gonflement œdémateux accompagné ou non d'une atrésie du conduit osseux, avec écoulement très abondant est d'une grande importance diagnostique. On voit, cependant, que tous ces signes se confondent avec ceux de l'abcès prémastoïdien. Celui-ci a été décrit (Duplay) jusqu'à ce jour comme une complication des affections auriculaires indépendantes le plus souvent de l'abcès intra-mastoïdien; et l'on ne peut nier que la clinique montre fréquemment la guérison rapide de ces collections purulentes sous-périostiques et de l'otite initiale par l'incision de Wilde seule.

Ici se place une assertion récente de Politzer qui mérite d'attirer toute notre attention.

Il dit : « Dans les cas que j'ai opérés, partout où j'ai trouvé une accumulation de pus à la surface externe de l'apophyse

(1) Teissier. *Lyon médical*, 7 février 1892.

Digitized by Google

mastoïde, j'ai également rencontré des abcès à l'intérieur de celle-ci ». Disons que la réciproque n'est pas vraie.

Cela n'a pas encore été dit d'une façon aussi affirmative. En effet, on savait qu'il peut exister : 1° soit un abcès intra-mastoïdien; 2° soit une collection sous-périostée, tous deux compliquant l'otite; 3° soit enfin une collection purulente sous-périostique en communication avec l'abcès intra-mastoïdien.

D'après Politzer, cette dernière catégorie de faits pathologiques constituerait la règle; et logique, il ouvre toujours en pareil cas. Nous avons observé ces sortes d'abcès à la fois intra et extra-mastoïdes. Ce sont des cas types où l'indication est le moins discutable. Pomeroy a guéri sans ouverture, quatre cas de mastoïdite grippale de cette espèce; Abbott (1) cite aussi un cas suivi de guérison; et les faits de même ordre abondent. Dans ces conditions, l'incision de Wilde donne issue au pus superficiel, sous-périostique; et si l'on constate avec le stylet une ou plusieurs fistules osseuses, l'existence d'une complication intra-mastoïde est démontrée; et son traitement classique est connu.

Il n'en est plus de même dans les cas très nombreux où il y a absence complète de communication directe entre l'abcès superficiel et les cellules mastoïdiennes. Et, c'est précisément dans cet état pathologique particulier que l'affirmation émise par Politzer doit être prise en grande considération; car il y a divergence complète entre cette opinion et celle de Gellé, Lœwenberg et autres. Politzer en effet dit : « Je ne fais plus l'incision de Wilde; j'opère immédiatement la trépanation. » Les premiers pratiquent au contraire l'incision de Wilde; puis ils restent dans l'expectation armée. Il faut avouer que la clinique semble leur donner raison, vu le nombre de malades guéris par l'incision de Wilde, sans complication ultérieure, même pendant la récente épidémie. Ces auteurs sont au reste convaincus de la présence du pus dans l'antrum et dans les cellules chez plusieurs opérés; mais puisque l'incision de Wilde a suffi si souvent pour amener rapidement une termi-

(1) Pomeroy. *Société d'otologie américaine*. 23e session annuelle, 1890.

Digitized by Google

naison heureuse, n'est-on pas en droit de conclure que malgré l'existence de la suppuration intra-mastoïdienne, l'ouverture des cellules n'est pas absolument indispensable à la guérison ? Comme Ladreyt, Lœwenberg, M. Gellé y aurait eu recours certainement, les jours suivants, si l'amélioration n'avait pas été franche et immédiate.

L'ostéo-périostite née dans l'oreille moyenne peut suppurer en un point seulement et non fatalement à la fois dans l'intérieur et à la surface de l'apophyse mastoïdienne. Il y a des différences dans l'intensité du mal.

Si l'hypothèse de Politzer, qui admet la présence du pus dans les cellules quand il en rencontre sous le périoste est vraie, des enseignements de la pratique on peut déduire que l'incision de Wilde ayant été suffisante, on ne doit pas admettre la règle thérapeutique absolue posée par Politzer.

Si une simple incision suffit, pourquoi trépaner ?

Après l'incision de Wilde, l'ostéo-périostite s'éteint, le pus intra-mastoïdien se résorbe, ou bien il s'écoule par les voies auriculaires puisque l'otite guérit sans retard après la simple incision périostique.

Et puis, où s'arrêter dans cette voie des interventions hâtives ? Ne voyons-nous pas Knapp aller plus loin que Politzer, Chatellier, etc., quand il dit que l'ouverture des cellules mastoïdiennes est résolutive de l'engorgement inflammatoire qui accompagne toujours l'otite aiguë suppurée ? Pour Knapp et plusieurs auteurs américains cette congestion suffirait pour motiver l'opération sans attendre la formation du pus.

On le voit, l'intensité de l'otite, même non suppurée, dans les cas suraigus infectieux, constitue alors le motif déterminant de l'opération hâtive ; c'est presque une opération préventive.

Disons que l'intervention discutable au 40e jour, cesse de l'être plus tard, surtout en présence de signes rationnels.

III

De l'étude à laquelle nous venons de nous livrer il résulte que la question de l'opportunité de l'ouverture des cellules

Digitized by Google

mastoïdiennes dans les cas aigus divise encore les auristes.

L'opération est, on ne peut le nier, absolument simple d'exécution, exempte de dangers quand elle est faite avec méthode, en se servant surtout de la gouge et de la curette ; mais, il faut l'avouer aussi, l'administration du chloroforme, les anomalies dans le trajet du sinus latéral, l'insuccès possible de l'ouverture, la cicatrice persistante, etc., etc., sont autant de facteurs avec lesquels doit compter le clinicien ; et ils expliquent pourquoi certains auristes, qui sont loin de repousser systématiquement l'ouverture de l'apophyse, prétendent limiter leur intervention à certaines conditions bien définies. Si les uns opèrent vite dans tous les cas, les autres agissent moins hâtivement suivant des indications précises ; mais ils interviennent aussi de bonne heure quand les signes indiqués se montrent rapidement, (au 15e jour, cas de Lermoyez et Gellé).

Nous pensons que l'ouverture de l'apophyse dans les cas d'otites aiguës suppurées devra avoir été précédée d'un traitement local énergique (glace à demeure sur la région, myringotomie simple ou multiple et répétée, irrigations intra-tympaniques de liquides antiseptiques, irrigations de l'antrum, destruction des fongosités, etc., etc.); l'insuccès du traitement devenant une indication ferme de l'intervention. En effet, malgré les signes les plus graves, les douleurs les plus persistantes, les plus étendues, malgré l'écoulement purulent intarissable, malgré les complications dans le conduit, même avec des signes d'engorgement douloureux aigu de l'apophyse, les otologistes autorisés cités plus haut, ont pu, sans ouvrir les cellules mastoïdes, guérir leurs malades, même en temps de grippe, en s'adressant uniquement mais avec énergie à l'otite aiguë par les moyens énumérés plus haut.

On trouverait peut-être dans une statistique sérieusement faite des suites de l'affection au point de vue de l'audition dans les cas opérés et dans ceux qui ne l'ont pas été un argument nouveau, décisif pour établir définitivement ce point de pratique.

Digitized by Google

IV

En résumé, nous pensons que dans les otites aiguës infectieuses en général l'opportunité de l'ouverture se déduira :

1° De la notion de l'état épidémique, de la nature infectieuse de la lésion qui conduit à hâter le moment d'intervenir puisque la suppuration est rapide;

2° De l'intensité extrême des symptômes de l'otite aiguë suppurative, de leur persistance à une époque où, dans les cas simples, il y a d'ordinaire défervescence et diminution de la suppuration ; à moins que cela ne s'explique par l'invasion de l'autre oreille;

3° Quand, après une accalmie spontanée ou succédant à l'incision tympanique, il y a retour brusque des douleurs intenses mastoïdes fixes, de l'écoulement purulent, abondant, et à plus forte raison, s'il apparaît quelques signes locaux mastoïdiens;

4° Quand, en l'absence de signes locaux manifestes, dans une otite suppurée arrivée au dixième, quinzième, vingtième jour, apparaissent des signes cérébraux, coma, délire, céphalalgie, vomissements, température élevée, douleur vive à la pression, quand même les troubles otiques sembleraient peu accusés, ou même s'il y avait guérison de ce côté ; à plus forte raison, s'il s'y ajoute tous les signes de l'engorgement mastoïde;

5° L'ascension subite de la courbe thermique (39°5, 40°, 41°), au cours d'une otite aiguë suppurée ou non, dans la défervescence des fièvres graves, des affections aiguës compliquées d'otites et de toutes les maladies infectieuses, doit faire poser la question de l'opportunité d'ouvrir les cellules mastoïdiennes;

6° Dans le cas de gonflement de la région mastoïde avec fluctuation profonde, l'incision de Wilde s'impose. Dès qu'on aura constaté une fistule osseuse, on élargira le trajet trop étroit et on se comportera comme après la trépanation. Si, cette incision faite, aucune fistule ou autre lésion osseuse

Digitized by Google

n'apparaît, les avis sont encore partagés sur la conduite à tenir. Cependant, il résulte de la discussion à laquelle nous nous sommes livrés que l'on est plus près de la vérité en admettant la présence du pus dans les cellules, surtout si la suppuration auriculaire a déjà une durée de quelques semaines. En ce cas, on ne devra pas attendre l'apparition des accidents de rétention, ni temporiser pour peu que la douleur mastoïde soit intense, l'écoulement purulent abondant, et qu'il y ait un fort mouvement fébrile. L'intervention chirurgicale prévient toute complication nouvelle, mais non pas d'une façon absolue, ainsi que nous l'avons vu précédemment, dans les maladies infectieuses.

III

INSTRUMENTS POUR L'ABLATION DES NÉOPLASMES LARYNGIENS DE L'ENFANT PAR LA MÉTHODE DE L'INTUBATION AVEC TUBE FENÊTRÉ.

Par le Dr **L. LICHTWITZ** (de Bordeaux) (1).

Dans la séance du mois de mars de cette année j'ai fait connaître à la Société de laryngologie de Paris une nouvelle méthode : l'intubation avec tube fenêtré, qui m'a permis d'enlever par voie naturelle un grand nombre de papillomes à une petite fille chez laquelle l'intervention par voie artificielle semblait inévitable (2).

Les papillomes ayant récidivé, j'ai employé cette méthode dans plus de trente séances, et comme les néoplasmes avaient envahi petit à petit toute la surface du larynx, j'ai dû appliquer des tubes ayant la fenêtre dans tous les sens et à différentes hauteurs.

(1) Communication faite à la Société de laryngologie de Paris, le 3 juin 1892.
(2) *Annales des maladies de l'oreille*, 1892, p. 362.

Digitized by Google

De cette manière, j'ai pu me renseigner sur la position que devait occuper la fenêtre pour correspondre aux différents sièges des papillomes, et en même temps étudier les meilleurs instruments qui me permissent d'enlever promptement les néoplasmes qui faisaient saillie à l'intérieur des tubes.

Au début, j'avais pensé qu'il fallait un tube fenêtré spécial pour chacune des positions occupées par les néoplasmes, car je craignais que les tubes, en raison de leur rebord supérieur saillant, qui est biseauté sur les côtés et forme un angle en arrière, ne pussent être supportés que lorsque l'angle regardait en arrière; mais je n'ai pas tardé à me convaincre que les biseaux n'étaient pas absolument nécessaires et que le même tube fenêtré pouvait servir aussi bien pour les tumeurs situées à droite que pour celles qui sont implantées à gauche, en avant ou en arrière, pourvu que la fenêtre correspondît comme hauteur et comme direction au siège des tumeurs.

Pour les tumeurs siégeant sur les aryténoïdes et sur la surface supérieure des bandes ventriculaires, au lieu de retirer légèrement le tube comme je l'ai indiqué d'abord, j'ai fait construire des tubes munis à leur partie supérieure d'un rebord saillant dont la hauteur est de 7 à 10 millimètres au lieu de 5 millimètres qu'on trouve sur les tubes ordinaires. Ce rebord saillant n'existe que sur les deux tiers environ de la circonférence du tube, tandis que l'autre tiers est occupé par la fenêtre. De cette façon, l'épaisseur du rebord ne diminue pas la saillie des tumeurs en dedans du tube.

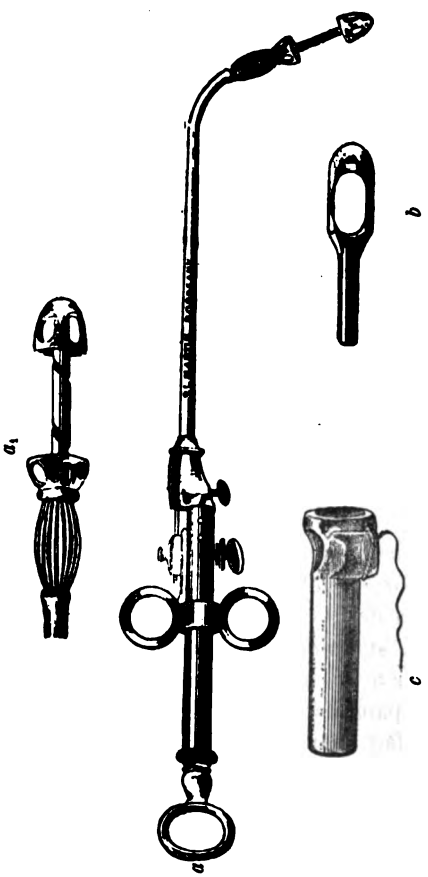
A l'aide du tube que je vous présente, j'ai pu facilement enlever des papillomes siégeant sur les bandes ventriculaires et sur les aryténoïdes.

Pour enlever les papillomes qui faisaient hernie dans le tube, j'avais employé d'abord les pinces de Türck-Schrœtter et de Heymann, mais voyant qu'il fallait introduire ces pinces à plusieurs reprises avant d'avoir enlevé toute la masse saillante, j'ai fait construire deux instruments qui permettent d'enlever d'un seul coup et en une seule fois

Digitized by Google

tous les néoplasmes qui font saillie par la fenêtre dans l'intérieur du tube.

Le premier instrument est une curette tranchante ayant exactement le même diamètre que le tube dont je me sers



(Le dessin ci-dessus représente le panier laryngien a, a_1, la curette tranchante (b) et le tube fenêtré (c) destiné à l'ablation des papillomes implantés sur les bandes ventriculaires et les aryténoïdes).

pour ma petite malade. Cette curette s'adapte par un pas de vis à un porte-instrument tubulaire quelconque à la place de la pince, de la guillotine ou de tout autre instrument laryngien. Elle peut ainsi être orientée dans tous les sens.

Digitized by Google

Elle m'a servi surtout quand les masses saillantes étaient d'un très gros volume.

L'autre instrument représente un gland creux coupé en deux moitiés, une moitié supérieure et une moitié inférieure, qui s'écartent et se rapprochent l'une de l'autre par le jeu de l'instrument. La moitié inférieure, qui forme un panier, est fixée à l'extrémité d'une tige portant une rainure hélicoïdale et a son bord supérieur tranchant. La moitié supérieure est attachée à la gaine d'un porte-instrument tubulaire laryngien quelconque et son bord inférieur vient recouvrir le bord tranchant du panier quand les deux moitiés du gland sont rapprochées. Celles-ci sont munies de larges ouvertures pour le passage de l'air.

L'instrument est introduit fermé dans le tube et on fait descendre la moitié inférieure (le panier) jusqu'au-dessous du bord inférieur de la fenêtre. Pour cela, avant d'introduire le tube, on a réglé exactement sur l'instrument le maximum d'écartement des deux moitiés du gland. On fait alors remonter le panier qui, dans sa marche ascendante et en même temps rotatoire grâce à la rainure hélicoïdale de la tige à laquelle il est attaché, tranche tout ce qui fait saillie dans le tube.

Ce « panier laryngien à rebord tranchant » peut être adapté à n'importe quel manche, mais de préférence au manche à ressort de Störk.

Je dois encore signaler deux petites modifications que j'ai dû faire apporter à la construction des tubes dans lesquels on fait jouer le panier à rebord tranchant.

D'abord j'ai fait creuser, à la partie supérieure du tube enêtré, une rainure circulaire dans laquelle vient s'emboîter le bord inférieur de la moitié supérieure du gland, pour éviter que cette dernière n'oscille pendant la marche descendante et ascendante du panier.

Ensuite j'ai été obligé de faire faire exactement cylindriques les deux tiers supérieurs du tube, qui est habituellement légèrement conique dans toute sa longueur. De cette manière, le panier glisse sans gêne de haut en bas et de bas en haut.

Digitized by Google

J'ai employé avec succès ce panier toutes les fois que la masse des néoplasmes qui faisait saillie n'était pas trop volumineuse pour empêcher la descente du panier (1).

Je crois encore utile de mentionner qu'après avoir placé le tube fenêtré, on est parfois surpris de voir sortir par la fenêtre des masses papillomateuses beaucoup plus volumineuses que celles qu'on a vues auparavant au laryngoscope au même niveau.

Ce fait s'explique, à mon avis, par la pression du tube sur les parois du larynx, pression qui énuclée, en quelque sorte, les papillomes cachés en dessous des bandes ventriculaires dans les ventricules de Morgagni. De plus, il est à noter que les deux instruments que j'ai décrits plus haut, la curette et le panier, mais notamment ce dernier, tranchent non seulement ce qui déborde le niveau de la fenêtre, mais agissent aussi par arrachement, car souvent les parties enlevées étaient de beaucoup plus volumineuses que celles qu'on voyait auparavant faire saillie par la fenêtre.

Note additionnelle :

Depuis le 3 juin, jour de cette communication jusque vers le milieu du mois d'août, époque à laquelle je devais m'absenter pour plus d'un mois, j'avais enlevé, au moyen de l'intubation avec tube fenêtré, à plusieurs reprises, les néoplasmes, qui avaient repoussé avec une grande rapidité. J'avais fait suivre ces extirpations d'insufflations avec un mélange de poudre de sabine et d'alun, médicament tant vanté au dernier Congrès de laryngologie de Bruxelles pour éviter le retour des papillomes. Néanmoins, pendant mon absence, ils avaient de nouveau obstrué le larynx, de sorte que le confrère qui m'avait remplacé s'était vu obligé de faire faire la trachéotomie.

L'enfant étant maintenant à l'abri d'une suffocation contre laquelle j'avais lutté durant plus de neuf mois presque

(1) On peut se procurer les tubes fenêtrés ainsi que la curette laryngée demi-cylindrique et le panier laryngien à rebord tranchant, chez M. Saint-Martin (116, Cours d'Alsace et Lorraine, à Bordeaux), qui les a construits selon mes indications. Il est important d'indiquer l'âge de l'enfant chez lequel on veut employer les tubes ainsi que les instruments.

Digitized by Google

journellement, je me propose de laisser son larynx pendant quelque temps tranquille, quitte à recommencer l'extirpation des tumeurs plus tard.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas der Kehlkopfkrankheiten (*Atlas des maladies du larynx*), 37 planches et 345 figures, par Robert Krieg (chez Ferdinand Enke, Stuttgart, 1892, prix, 42 marks, cartonné).

L'atlas de R. Krieg est une publication récente, de 1892. Les figures très nombreuses qui remplissent les 37 planches, sont coloriées, et c'est l'auteur qui, avant la publication de ce grand ouvrage, a dessiné et colorié ces figures. La littérature allemande nous a déjà fourni quelques travaux de ce genre, entre autres l'atlas de Turck, paru il y a déjà de longues années. L'ouvrage que nous analysons, en préparation depuis 15 ans, reproduit les cas non seulement les plus habituels, mais aussi ceux que l'on est appelé à observer très rarement. Le nombre de ces derniers tient dans l'atlas de Krieg une place très étendue: aussi cet ouvrage me semble-t-il destiné à être consulté avec profit plus par les spécialistes déjà expérimentés que par de jeunes étudiants. Le plan adopté par l'auteur est très régulier; il y a dans cette belle iconographie le larynx normal, les anémies et les hypéremies du larynx, les œdèmes, abcès et hémorragies (*très belles ces dernières figures*) les périchondrites idiopathiques (*très rares chez nous, très remarquablement exposées ici*), le catarrhe chronique et la pachydermie (*cette dernière affection superbement présentée*), les affections nerveuses (*bien reproduites, surtout les paralysies des dilatateurs*). Après les tumeurs bénignes nous voyons le cancer, la tuberculose et la syphilis (*exposés avec un luxe de cas tout à fait exceptionnel*). Après le lupus enfin, nous voyons la reproduction des compressions et des sténoses de la trachée, puis les exanthèmes, traumatismes et corps étrangers, etc.

Cet ouvrage fait grand honneur à l'auteur qui l'a préparé et mûri pendant longtemps, ainsi qu'à l'éditeur qui l'a publié. Les

Digitized by Google

documents qu'il contient seront toujours consultés avec profit, car il est rare de pouvoir rassembler autant d'exemples très différents de toutes les affections laryngées. A. G.

Annual of the Universal Medical Science, par C.-E. Sajous, chez F. Davis C°, Philadelphie, Londres, etc., 5 volumes cartonnés, prix 20 dollars.

C'est la cinquième année que notre distingué confrère, le Dr C. E. Sajous, dirige cet intéressant travail de récapitulation des sciences médicales. L'ouvrage est composé de cinq volumes ; c'est dans le quatrième que se trouvent les affections qui intéressent les lecteurs de cette revue. La compétence des auteurs des divers articles est une garantie de leur valeur ; il me suffira de dire que Turnbull et Bliss ont écrit la partie otologique, J. Solis Cohen a traité des affections laryngées et de celles de l'œsophage, Sajous s'est chargé de la rhinologie, Bryson Delavan des maladies du pharynx, du naso-pharynx et des amygdales, O'Dwyer a traité de l'intubation du larynx et enfin Fr. H. Hooper et J. Payson Clark ont écrit les maladies de la glande thyroïde. Le texte renferme des planches intéressantes et bien exécutées. L'analyse d'une œuvre aussi considérable est difficile à faire en raison de la surabondance des faits et des citations. Nous ne pouvons que féliciter le Dr Sajous et son éditeur, M. Davis, de Philadelphie, de la manière consciencieuse et même luxueuse avec laquelle ils continuent une œuvre si précieuse pour tous les travailleurs.

A. G.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE DE PARIS

Compte rendu par P. Gastou.

Séance du 1er juillet.

Recherches sur les causes anatomiques de la déviation de la cloison nasale. Existe-t-il un rapport entre cette déviation et l'inflexion antéro-postérieure de l'axe de la face? par le Dr Potiquet.

L'auteur, sans nier le rôle du traumatisme ou de quelques influences pathologiques (polypes, corps étrangers, etc.) dans

Digitized by Google

certains cas, estime que l'incurvation latérale du septum nasal, si fréquente, est avant tout un fait lié à l'évolution. L'observation et les statistiques permettent d'établir les propositions suivantes :

1° La cloison des fosses nasales sensiblement droite à la naissance, s'infléchit très fréquemment avec l'âge, présentant un maximum de déviation à l'âge adulte.

2° Dans les races blanches la déviation de la cloison est plus fréquente et plus marquée chez l'homme que chez la femme.

3° Elle est plus fréquente et plus marquée dans les races supérieures que dans les races inférieures.

L'inflexion du septum nasal apparaît donc en raison directe de l'évolution organique.

Mais le développement de la cloison nasale est lié au développement des maxillaires supérieurs unis aux palatins. Or des recherches de M. Lissauer il résulte ce qui suit :

1° Le maxillaire supérieur uni au palatin exécute, de la naissance à l'âge adulte, un mouvement de rotation autour d'un point, dénommé V. par l'auteur et correspondant au point de rencontre de l'extrémité postéro-supérieure du vomer avec le corps du sphénoïde ;

2° Dans les races blanches, ce mouvement de rotation est d'une manière générale, plus prononcé chez l'homme que chez la femme ;

3° Il est d'une manière générale plus prononcé dans les races supérieures que dans les races inférieures.

Du parallélisme entre ces deux séries de propositions, l'auteur se demande s'il n'y aurait pas entre le degré plus ou moins accusé du mouvement de rotation du pré-maxillaire autour du point V., degré variable suivant les sujets de même sexe appartenant à une même race, d'une part, et le plus ou moins de déviation nasale d'autre part, une relation de cause à effet.

Le mouvement de rotation noté par M. Lissauer n'est pas tout du reste. En effet, si l'on superpose le profil d'un crâne d'Européen au profil d'un crâne de nègre, la formule de M. Lissauer ne contient qu'une partie de la vérité.

La brièveté de la ligne, V — enu (*ena* : épine nasale antérieure, v, *ena* : ligne allant du point de rencontre de l'extrémité postéro-supérieure du vomer au corps du sphénoïde à l'épine nasale antérieure), chez l'Européen indique assez que dans l'évo-

Digitized by Google

lution de l'être humain le prémaxillaire ne décrit pas un simple cercle autour du point V. Le cercle se rétrécit à mesure que le mouvement de rotation se prononce, et l'intervalle v, *ena* devient moindre chez l'européen que chez le nègre, de même qu'il est proportionnellement moindre chez le nègre que chez l'anthropoïde.

La cloison cartilagineuse fondamentale, envisagée dans la série des primates, doit donc s'adapter à ce mouvement de rotation avec retrait des maxillaires, et les conditions de cette adaptation se montrent d'autant moins aisées qu'on s'élève davantage dans cette même série. Or c'est précisément au voisinage de cette ligne *vena*, suivant une ligne allant du pré-maxillaire au bec du sphénoïde, qu'on voit la cloison s'infléchir avec le plus de fréquence. Là est la déviation qu'on peut qualifier de maîtresse.

La déviation de la cloison, plus fréquente dans les races humaines lorsque le mouvement de rotation avec retrait est plus accusé, ne serait-elle réellement chez les sujets qui se présentent à notre observation, tout traumatisme mis à part, que le résultat d'une accommodation imparfaite? Le parallélisme noté plus haut le donnerait à penser. Mais il convient que la question se précise. Y a-t-il dans une même race, chez des adultes du même sexe, un rapport entre le degré du mouvement de rotation avec retrait du maxillaire supérieur autour du point *v* et la déviation de la cloison? Telle est la question que M. Potiquet a tenté de résoudre en ce qui touche le septum osseux.

46 crânes d'hommes adultes ont été étudiés au musée de Clamart : 23 étaient à cloison très déviée, 23 à cloison droite.

Or, le rapport cherché entre le mouvement de rotation du pré-maxillaire autour du point *v* et l'inflexion de la cloison n'existe pas : telle cloison reste droite avec un mouvement de rotation très accusé, et telle autre s'infléchit fortement avec un mouvement de rotation faible.

La courbure de la cloison n'est donc pas en raison directe de l'ouverture de l'angle de rotation qu'exécute de la naissance à l'âge adulte l'épine nasale antérieure autour du point *v*.

Cependant, si l'on calcule dans chaque série de crânes la moyenne de l'angle de rotation, on obtient un angle qui est de 20°,1 pour les crânes à cloison déviée et de 17°,1 pour les crânes à cloison droite ; différence : 3°.

Les conclusions qui découlent de ces comparaisons peuvent se formuler ainsi : il n'existe pas chez les adultes de sexe masculin appartenant à notre race de rapport absolu entre le degré

Digitized by Google

du mouvement de rotation des intermaxillaires autour du point *v* et l'inflexion de la cloison osseuse, et on ne peut dire que cette inflexion soit, sur un même sujet, en raison directe du mouvement de rotation.

Cependant, d'une manière générale, une cloison qui participe à un mouvement de rotation très accusé risque davantage de l'incurver latéralement qu'une cloison dont le mouvement de rotation reste peu prononcé. Cette conclusion ne fait, du reste, que traduire sous une autre forme cette remarque déjà faite par nombre d'observateurs, que ce sont surtout les nez longs qui abritent les cloisons infléchies. L'éminence nasale, en s'allongeant, ne fait souvent, en somme, chez l'Européen, que suivre docilement le mouvement de rotation de l'intermaxillaire autour du point *v* et l'exprimer d'une façon ostensible.

Le rapport soupçonné n'existe donc pas pour chaque crâne pris isolément; comme toutes les lois anthropologiques, il n'est vrai que si on a soin de ne le faire porter que sur des moyennes.

Ainsi compris, un rapport n'implique, somme toute, à l'égard d'un cas pris en particulier, qu'une tendance, dont ce cas particulier peut, pour d'autres raisons, s'affranchir.

Le haut degré de ce mouvement de rotation avec retrait semble bien être une des conditions anatomiques qui coopèrent à faire sortir le septum nasal du plan médian, mais il n'est pas la seule.

Des épaississements de la portion antéro-inférieure de la cloison nasale. Rôle des os sous-vomériens et des cartilages de Jacobson (avec démonstration de pièces anatomiques), par le Dr Potiquet.

Les pièces qui, par leur réunion ou leur soudure, constituent le squelette ostéo-cartilagineux de la portion antéro-inférieure de la cloison nasale sont nombreuses : il n'est pas de région du squelette où l'on compte tant de pièces rassemblées sur un si petit espace.

Pour le squelette osseux, ce sont, en procédant d'avant en arrière :

1° Les deux saillies verticales qui surmontent le bord interne du corps de la portion incisive du maxillaire supérieur, saillies qui, par leur réunion, forment ce qu'on peut désigner sous le nom de crête incisive proprement dite;

2° Le col et la tête des deux os sous-vomériens, que surmonte et auxquels s'appuie

Digitized by Google

3° L'extrémité antérieure du vomer;

Et pour le squelette cartilagineux, auquel le squelette osseux sert de base :

1° L'extrémité antérieure du cartilage quadrilatère, que flanquent de chaque côté :

2° Les lames cartilagineuses de Jacobson ou cartilages accessoires de M. Sappey.

L'os sous-vomérien (apophyse de Sténon, pièce sous-vomérienne) domine la crête incisive proprement dite, et ses travées osseuses affectent une direction tout autre que celles de cette dernière. Il peut, en raison de son histoire embryogénique, de l'indépendance relative de ses travées osseuses au milieu de celles du maxillaire supérieur, et aussi à cause du rôle important qu'il joue dans les épaississements de la portion antéro-inférieure de la cloison, mériter une place à part dans la description du squelette ostéo-cartilagineux du septum nasal.

Au nombre de deux : un droit, un gauche, les os sous-vomériens forment par leur réunion une sorte de clou osseux (Rambaud et Renaut), enclavé dans l'espace laissé libre entre l'apophyse horizontale des maxillaires supérieurs et le bord alvéolaire dépendant, en réalité, à ce niveau, de l'os incisif.

Avec les années, ils se développent; mais leur croissance n'est pas régulière et uniforme. Les os sous-vomériens de l'adulte ne représentent pas simplement le type fœtal agrandi dans ses dimensions.

Chez l'adulte, leur forme diffère sensiblement de celle qu'elle affectait à la naissance. C'est surtout à partir du début de la seconde dentition que leur tête s'élève, que leur col se dégage, grâce en partie à leur croissance propre, en partie à un phénomène fort important : l'abaissement du plancher incisif consécutif à l'éruption des incisives permanentes. L'ascension de la tête des os sous-vomériens détruit la symétrie et la régularité de leur forme. En arrière et sur eux pèse l'extrémité antérieure du vomer arc-bouté au corps du sphénoïde.

Les os sous-vomériens sont : en lame verticale, ou épais, trapus, ramassés sur eux-mêmes, ou élégants, à col dégagé, à tête amincie, renversée en dehors et prolongée en arrière, ou bien c'est un profil tourmenté, contourné. Presque autant de variétés de formes que de sujets.

Ces variations de forme semblent dues : aux conditions de développement, de liberté d'expansion, aux résistances, aux pressions qu'il subit.

Digitized by Google

Unis aux os voisins : cartilage quadrilatère, cartilages de Jacobson, les os vomériens, en se déviant, s'épaississant, peuvent obstruer en partie le méat inférieur (examen rhinoscopique, stylet).

L'os sous-vomérien représente l'apophyse palatine médiane de l'os incisif des mammifères ayant subi, par suite du mouvement de bascule qu'éprouve chez l'homme, comparé à l'animal, le crâne facial, une orientation nouvelle.

Cette orientation nouvelle influera grandement sur la constitution et la configuration osseuse, chez l'homme.

Voici comment :

1° Contrairement aux autres mammifères, l'intermaxillaire fera chez l'homme, au-dessus du plancher nasal, une saillie marquée, et prendra ainsi une part assez importante à la constitution de la cloison osseuse.

2° L'apophyse palatine médiane de l'intermaxillaire, ainsi dirigée, viendra se placer juste en avant de l'extrémité antérieure du vomer, entrera avec elle en un contact plus immédiat, pourra dans la suite faire échec au développement de cet os et coopérer ainsi aux déformations de celui-ci.

3° La crête incisive proprement dite, subissant en arrière la poussée de la tête de l'os sous-vomérien, se trouvera projetée en avant et formera la saillie antéro-postérieure particulière à l'homme et aux primates, qui a reçu le nom d'épine nasale antérieure.

Les cartilages de Jacobson sont représentés chez l'homme par de petites languettes ou baguettes de cartilage qui, partant de l'angle antéro-inférieur du cartilage quadrilatère, se dirigent en arrière et flanquent ainsi à droite et à gauche le bord inférieur du cartilage quadrilatère. Ces languettes, de nombre et d'épaisseur variables, avec noyau osseux au centre parfois, jouent un rôle important dans les épaississements de la portion antéro-inférieure de la cloison.

Ce sont des vestiges de l'organe de Jacobson, très développé chez certains mammifères, pouvant être rapprochés de l'appendice iléo-cæcal, rudimentaire et cause de lésions plutôt qu'utile dans l'organisme humain.

Discussion :

M. Ruault. — Dans son intéressante communication M. Potiquet a effleuré un point intéressant: le développement de la base

Digitized by Google

du crâne. Lasègue attirait souvent l'attention sur le développement de la base du crâne et de la face et leurs rapports chez les cérébraux. Chez les aliénés on note souvent la distorsion de la cloison nasale, des déviations du vomer ; le bord postérieur de la cloison est souvent incurvé au lieu d'être rectiligne. La voûte est ogivale et le développement de la base du crâne imparfaite si le développement de la face du crâne ne sont pas parallèles. Ce défaut de parallélisme se retrouve dans les os qui se développent isolément.

M. Gouguenheim. — Ce n'est pas seulement une relation entre la déviation de la cloison et des anomalies de la base du crâne qu'on observe, M. Ziem a attiré l'attention sur les rapports existant entre ces déviations et des asymétries de la face et des cavités orbitaires.

Ces données pathologiques ne sont pas très vulgarisées en France, c'est pourquoi je tenais à en parler ici.

M. Lœwenberg fait remarquer que les déformations du maxillaire supérieur et d'autres portions osseuses environnantes peuvent affecter le développement de la cloison et créer des malformations et des déviations.

M. Potiquet. — Des recherches sur le rapport indiqué par M. Ruault entre le développement de la base du crâne et de la face seraient certes intéressantes, mais elles offriraient bien des difficultés, car la surface de jonction du crâne cérébral avec le crâne facial n'est guère accessible à nos moyens d'investigation, même sur le squelette.

Les travaux de Ziem sur les relations entre le défaut de symétrie de la cloison et d'autres asymétries de la face ne m'ont pas paru aboutir à des conclusions aussi décisives que semble le penser M. Gouguenheim.

Le défaut de symétrie des pièces osseuses qui constituent la face et, par conséquent, les cavités qu'elles limitent, est, en effet, pour ainsi dire, la règle.

Pour préciser, le défaut de symétrie des cavités nasales d'une part et des cavités orbitaires d'autre part, est, sur un même sujet, chose des plus fréquentes; mais, à mon avis et le plus souvent, ce ne sont là vraisemblablement que des effets parallèles d'une même cause, sans qu'il soit, dans la plupart des cas, légitime d'établir entre ces deux asymétries une relation de cause à effet.

Digitized by Google

Peut-être n'était-il pas inutile de pénétrer aussi avant que possible dans la constitution anatomique de la cloison nasale.

Des anatomistes exercés ne considèrent-ils pas encore, à l'heure actuelle, les épaississements de la cloison nasale comme des produits pathologiques, alors qu'on les voit le plus souvent liés au développement?

L'objection faite par M. Lœwenberg à l'essai d'interprétation que je propose pour les déviations du septum nasal n'est pas sans justesse; mais je rappellerai que les causes anatomiques de l'inflexion du septum nasal sont multiples, et que je n'ai étudié que l'une d'elles. D'autre part, les déviations à axe vertical sont plus rares que les déviations appelées horizontales inférieures par M. Lœwenberg.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE AMÉRICAINE.

Vingt-cinquième Congrès annuel, tenu à New-London le 19 juillet 1892, sous la présidence de Gorham Bacon, de New-York (*Medical Record*. 6 août 1892, p. 165-168.)

I. Oren Pomeroy (de New-York). *Affections mastoïdiennes.* — Oren Pomeroy rapporte sept observations de mastoïdites avec caries très étendues. Bien que la profondeur de la destruction fut dans quelques cas très grande, un seul de ces cas se termina par la mort. Encore s'agissait-il d'un enfant âgé de quatre mois seulement et qui fut très irrégulièrement soigné. Il succomba avec des accidents méningitiques, deux mois après avoir subi l'incision de Wilde suivie de la trépanation de l'apophyse. Les six autres malades âgés de 19 ans, 45 ans, 16 ans, 2 ans, 42 ans, 42 ans, guérirent.

Les règles générales adoptées dans l'intervention furent les suivantes : 1° Pomeroy ne s'attache pas à enlever absolument tout l'os malade mais seulement celles des portions cassées qui se laissent détacher facilement. Il s'arrête sans jamais risquer, pour faire une opération plus complète, d'intéresser la dure-mère; 2° l'opération est suivie d'un drainage qui doit assurer un écoulement parfait et d'irrigations antiseptiques. Ces irrigations

Digitized by Google

ramènent souvent des masses énormes de détritus putrides; 3° Le traitement général, toniques, nourritures, conditions hygiéniques, a une importance extrême. La quinine et la phénacétine ont été employés contre la fièvre, le bromure contre la céphalée quand ces accidents persistaient après l'intervention. L'iodure de potassium fut donné à hautes doses dans un cas compliqué de rhumatisme très douloureux du genou.

II. Alexander Randall (de Philadelphie). *Rapport des études craniométriques et de l'anatomie de l'oreille.* — Randall rappelle les nombreuses recherches faites sur l'anatomie du temporal et la divergence d'opinion qui existe entre Konner et Schultze sur la relation entre l'index céphalique et le rapport plus ou moins étroit et plus ou moins périlleux du sinus latéral et de la force cérébrale moyenne. Ses recherches personnelles ont porté sur 122 crânes dont 73 brachycéphaliques, 33 dolichocéphaliques et 16 moyens comme index. Les résultats ont été assez contradictoires. Les minima et les maxima indiqués comme dimensions possibles ont été retrouvés indifféremment quel que fut l'index céphalique et quel que fut le côté. Le seul fait qui paraît confirmé au point de vue opératoire est le danger un peu plus grand des opérations faites à droite dans le cas de crânes brachycéphaliques. La force cérébrale de ce côté descend souvent plus bas que du côté gauche.

III. Charles Kipp (de Newark). *Otite moyenne et névrite optique.* — Observation d'une importance pratique extrême. Un malade, atteint d'otite moyenne suppurée, présentait sans la moindre sensibilité, la moindre lésion appréciable du côté de l'apophyse mastoïde, une névrite optique double et des accidents cérébraux. Ces complications disparurent rapidement par la trépanation de l'apophyse. Il est indiqué de pratiquer l'examen ophtalmoscopique dans toutes les otites suppurées prolongées et accompagnées de troubles visuels, en raison de la possibilité de la névrite.

IV. Blake (de Boston). *Affections mastoïdiennes.* — Sur 25 malades atteints de congestion et d'inflammation de l'apophyse mastoïde, trois furent traités avec succès par l'application de compresses froides. Les vingt-deux autres furent opérés. Deux seulement parmi ceux-ci succombèrent, le premier de pneumonie au neuvième jour, le second de méningite au dixième jour de l'opération.

Digitized by Google

V. Knapp (de New-York). *Méningite basilaire dans un cas d'otite moyenne suppurée chronique.* — Accidents méningitiques chez un homme de 35 ans, au cours d'une otite moyenne. Malgré l'absence de tout symptôme local la trépanation de l'apophyse mastoïde fut tentée. Les parties superficielles de l'os semblaient sclérosées et un peu malades, mais les parties profondes furent trouvées de plus en plus saines. A l'autopsie, méningite basilaire, tuberculose pulmonaire.

VI. Emerson (de New-York). *Pyohémie à la suite d'une otite suppurée aiguë.* — Une femme de 24 ans présente une otite moyenne suppurée aiguë compliquée d'un peu de sensibilité au-dessus de l'apophyse mastoïde gauche, d'un peu de raideur de la nuque. L'écoulement de pus se faisant bien par l'oreille, l'apophyse mastoïde ne semblait pas directement touchée, quand la malade offrit successivement : 1° un abcès au-dessus de l'articulation sternoclaviculaire droite ; 2° un abcès au-dessus du sternum ; 3° un abcès au côté gauche de la nuque. Ces abcès furent murés. L'abcès de la nuque n'offrait aucune communication apparente avec l'apophyse mastoïde. La malade finit par guérir après une convalescence de quatre mois.

VII. Sutphen (de Newark). *Opération mastoïdienne.* — Au cours d'une otite moyenne chronique apparurent, sans lésions mastoïdiennes apparentes, des accidents septicémiques et cérébraux. Enfin se développe, au niveau des attaches du sternomastoïdien, un gonflement qui décide à trépaner l'apophyse. On ne trouve qu'une à deux gouttes de pus. Tous les accidents persistent mais, le huitième jour, ils disparaissent rapidement en même temps que le pus commence à couler abondamment par la brèche mastoïdienne.

VIII. Gorham Bacon (de New-York). *Mastoïdite suivant une ablation de végétations adénoïdes.* — L'ablation avait été faite partie avec le doigt, partie à la pince et suivie les jours d'après d'irrigations phéniquées par le nez, qui furent peut-être un peu irritantes. Au moment de l'opération le malade avait une pharyngite subaiguë. Deux jours après, douleurs dans l'oreille droite, écoulement, tension mastoïdienne. Les lavages boriqués amenèrent une amélioration notable, mais finalement on dut inciser à travers une ouverture opératoire du tympan, un abcès mastoïdien sous-périostique. Guérison.

IX. Samuel Théobald (de Baltimore). *Les solutions antisep-*

Digitized by Google

tiques dans l'otite purulente moyenne. — Théobald rapporte une série de faits où, après échec des injections boriquées, la cessation de la suppuration et la cicatrisation du tympan fut rapidement obtenue dans des otites moyennes anciennes par l'emploi d'injections faibles de sublimé. Il emploie ordinairement une solution à 1/8000 et fait une seule injection par vingt-quatre heures.

X. Roosa (de New-York). *Blessure du sinus latéral.* — Au cours d'une trépanation pour mastoïdite, l'instrument tomba immédiatement dans une large cavité et le champ opératoire fut aussitôt inondé de sang veineux. Le tamponnement à la gaze iodoformée arrêta l'abondante hémorrhagie. La plaie fut pansée, le quatrième jour sans écoulement de sang. La malade guérit après avoir présenté des accidents septicémiques. Il semble certain qu'il y a eu, dans cette observation, blessure du sinus latéral. Bien qu'un assez grand nombre de faits de blessures du sinus latéral, dans les trépanations mastoïdiennes, aient été rapportés, Roosa, n'en connait aucun où cet accident ait déterminé la mort.

XI. Jack (de Boston). *Amélioration remarquable de l'audition par l'ablation de l'étrier.* — Chez une malade qui avait subi, au cours d'une otite moyenne suppurée, l'ablation du tympan, du marteau et de l'enclume sans grande amélioration auditive, Jack fut frappé de l'amélioration qui suivit l'ablation, dans une opération nouvelle, de la tête de l'étrier. Il se décida, à enlever complètement cet os et le progrès fut encore plus grand. Actuellement Jack, rapporte seize observations. Il n'y a pas eu d'accidents inflammatoires. Pour apprécier les résultats sur l'audition, on doit distinguer l'audition de la montre et celle de la voix humaine. L'amélioration pour la montre est souvent peu marquée alors qu'elle est très satisfaisante pour la voix. Cette dissociation, dont on ne peut donner l'explication théorique, est très nette sur deux opérés présentés au Congrès.

XII. Blake (de Boston). *Opérations sur l'oreille moyenne.*— Depuis 1873, Blake, se fondant surtout au point de vue des indications sur l'audition des notes musicales élevées, a démontré le rôle important des opérations portant sur l'étrier, le rôle accessoire des opérations sur l'enclume et le marteau.

Les opérations qu'il a essayées pour améliorer le fonctionnement des osselets ont été successivement : 1° l'excision du segment postérieur du tympan afin de faire arriver les ondes

Digitized by Google

sonores directement sur l'étrier; 2° la formation d'un lambeau taillé aux dépens de ce segment postérieur et fixé à la branche descendante de l'enclume pour lui transmettre des vibrations directes; 3° la division de l'articulation entre l'enclume et l'étrier, manquant déjà; 4° la formation d'un lambeau taillé aux dépens du segment postérieur tympanique et fixé à la tête de l'étrier, l'enclume étant enlevée ou manquant déjà; 5° la division de l'articulation entre l'enclume et l'étrier à travers le tympan perforé pathologiquement, du muscle de l'étrier et des adhérences existantes; 6° l'ablation de l'étrier.

La mobilisation de l'étrier, quel que soit le procédé, donne de bons résultats fonctionnels dans les otites suppurées.

L'ablation de l'étrier au contraire donne des résultats bien supérieurs à la mobilisation dans les otites chroniques non suppurées.

L'ablation de l'étrier est moins difficile dans les otites non suppurées que dans les otites suppurées.

XIII. Randall (de Philadelphie). *Mastoïdite après une excision du tympan et du marteau.* — Cette excision avait été faite pour une surdité d'origine catarrhale. La mastoïdite commença au cinquième jour. Elle fut grave, accompagnée d'un abcès profond de la nuque, de troubles céphaliques et oculaires. Après la trépanation, le liquide des irrigations refluait même dans le pharynx. Guérison mais sans aucune amélioration fonctionnelle, Randall se demande si la mastoïdite ne doit pas être expliquée par une occlusion de l'antre due à l'enclume abaissée en bas au cours de l'opération. Pour éviter cette occlusion il serait donc indiqué d'enlever toujours l'enclume avec le marteau.

XIV. Roosa (de New-York). *Exostose du conduit auditif externe.* — Cette exostose était née sur la paroi postérieure du conduit, à l'union des portions cartilagineuses et osseuses. La montre n'était plus entendue qu'au contact; l'ablation au ciseau fut facile et suivie d'une très grande amélioration auditive.

A propos de cette communication, Blake de Boston signale un fait étiologique curieux. Dans deux familles, il a vu le grand-père, le père et le fils atteints successivement d'exostoses multiples.

Reeve (de Toronto) a vu, dans un cas, la pression exercée par l'exostose sur la paroi opposée être telle et déterminer de si vives souffrances que l'opération s'imposait de ce fait seul.

Digitized by Google

XV. Holt (de Portland). *Morsure de l'oreille par un cheval.*

XVI. Blake (de Boston). *Plan du nouvel Institut otologique du Massachusshets.*

Sont élus : *Président* : Gorham Bacon, de New-York; *Vice-Président* : Huntington Richards, de New-York ; *Secrétaire et Trésorier* : Vermyne, de New-Bedford; *Membres de la Commission* : Carmalt, de New-Haven, et Loring, de Washington.

A. P. Plicque.

ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

Quatorzième Congrès annuel, tenu à Boston les 20, 21 et 22 juin 1892, sous la présidence du Dr Langmaid, de Boston (*Medical Record*, 23 juillet 1892, p. 105-108).

I. *Allocution du Président.* — M. Langmaid prononce l'éloge funèbre des Drs Donaldson, de Boston, et Morell Mackenzie, membre et membre honoraire de l'Association. Il signale les récents progrès de la laryngologie. Il insite sur le rôle des associations et des congrès laryngologiques dans les progrès accomplis.

II. Bryson Delavan (de New-York). — *Influence de quelques diathèses sur les opérations pratiquées sur la gorge et leur pronostic.*

Dans le goitre exophtalmique, la lymphadénie, l'ablation d'amygdales hypertrophiées ou de végétations adénoïdes peut se faire sans risque extraordinaire.

Dans la scrofule, l'extirpation complète est difficile, la cicatrisation lente, les récidives fréquentes, assez fréquentes pour qu'on doive toujours faire pressentir la possibilité d'une récidive. Les interventions réussissent d'autant mieux qu'elles sont plus précoces.

Dans le rhumatisme, les difficultés sont minimes et le pronostic très favorable.

Digitized by Google

Dans l'hémophilie, le danger est si grand que toute intervention se trouve contre-indiquée. Aucun des procédés actuels ne permet de pratiquer avec sécurité l'ablation des végétations adénoïdes. Le fait est d'autant plus important que celles-ci sont très fréquentes chez les hémophiliques. On doit se défier même du galvano-cautère, qui ne met pas à l'abri des hémorrhagies immédiates et surtout secondaires.

III. Hartwell-Chapman (de New-Haven). *Sur quelques affections des voies respiratoires supérieures coexistant avec des attaques de grippe.* — Seize cas de grippe sur des sujets déjà malades antérieurement de néphrites, de diabète, de rhumatisme, d'affections médullaires.

Dans la grippe chez les rhumatisants, les complications observées furent la laryngite croupale compliquée de bronchopneumonie (1 cas), les aphtes de la bouche et du pharynx étendus à l'entrée du larynx (2 cas).

Chez les brightiques, inflammation naso-pharyngée avec exsudat sanguino-purulent, amygdalite aiguë, adénite cervicale. Dans un cas, laryngite croupale.

Chez un diabétique, congestion de tout le pharynx et œdème du larynx.

Dans les affections médullaires on a noté l'aphonie, l'inflammation naso-pharyngée avec suppuration. Le ralentissement du pouls fut remarquable.

Discussion : *Beverley-Robinson* n'a observé aucune complication analogue.

Mulhall a observé des cas d'œdème du larynx.

IV. Knight (de Boston). *Pharyngomycose.* — On observe cliniquement des folliculites chroniques tenaces occupant non seulement l'amygdale, mais la base de la langue et même les piliers palatins. Les exsudations blanches ou jaunâtres, filamenteuses ou crétacées, s'enfoncent parfois profondément dans les follicules. Le seul traitement qui ait donné quelque succès est la ponction profonde de chaque follicule atteint au galvano-cautère. L'incision de la partie d'amygdale atteinte abrège beaucoup, quand elle est possible, la durée du traitement.

Discussion : Delavan a obtenu des résultats thérapeutiques bien meilleurs que ceux que donne la cautérisation par les lavages au borax sublimé et surtout le traitement des troubles dyspeptiques qui accompagnent souvent la pharyngomycose.

Digitized by Google

De Blois conseille le nitrate d'argent. Il insiste aussi sur le traitement de la dyspepsie.

Johnston a observé cette maladie presque exclusivement chez des enfants ou des vieillards débilités. Il recommande un traitement tonique à côté du traitement local.

Chapman emploie localement l'acide nitrique fumant. Il donne intérieurement la solution chlorhydrique.

V. Wright (de Brooklyn). *Épithélioma fibreux de la base de la langue.* — Diagnostic très difficile au début, où existaient seulement de chaque côté de la base de la langue deux nodules fermes durs. Ces nodules finirent par s'abcéder, et l'on fit l'extirpation. Il n'y eut pas de récidive locale. Mais le malade finit néanmoins par succomber.

VI. Beverley-Robinson (de New-York). *Les angines membraneuses.* — Rien de plus difficile que de distinguer, même après examen bactériologique, les angines membraneuses des angines diphtéritiques vraies. L'absence du bacille de Lœffler ne prouve pas nécessairement qu'il ne s'agit pas de diphtérie. Dans les cas douteux il emploie surtout, comme désinfectant, les fumigations de soufre et comme traitement direct la poudre de cubèbe à petites doses, très fréquentes, prises directement dans la bouche.

Il discute l'utilité qu'il y a à apposer une affiche sur les maisons où est un malade atteint de diphtérie, et conclut par la négative. La question de la prophylaxie de la diphtérie est mise à l'ordre du jour du prochain congrès.

VII. *Instruments et médicaments divers ;*

Morris-Asch (de New-York). 1° Tampon spécial en caoutchouc perforé servant après les opérations, pour déviation de la cloison ; 2° Électrodes et curette pour végétations adénoïdes.

Delavan (de New-York). Utilité du lait peptonisé pour faire tolérer l'iodure de potassium.

John O. Roe (de Rochester). Pince pour redresser la cloison nasale.

Knight (de New-York). Amygdalotome avec anneau de sûreté.

VIII. Knight (de New-York). *Intubation pour une sténose chronique du larynx chez un enfant de dix ans.* — Un néoplasme interglottique sur la nature duquel on hésita longtemps, avait déterminé une sténose peu marquée du larynx. L'intubation

Digitized by Google

avec le tube de O' Dwyer pratiquée pour remédier à la dyspnée donna un très bon résultat palliatif. Le tube fut toléré trois mois sans aucun trouble. Son extraction après anesthésie par la cocaïne et à l'aide du miroir fut d'une grande facilité. Finalement on se décida, regardant l'affection comme un papillome, à faire la trachéotomie, la thyrotomie et l'ablation. Mais l'enfant succombait peu après à une tuberculose généralisée.

Dans un cas de ce genre l'intubation amène une survie au moins aussi longue et une existence moins triste que la trachéotomie.

IX. Mac-Coy (de Philadelphie). *Formes rares de tumeurs laryngées.* — 1° Myxome du larynx provenant du bord de l'orifice du ventricule. Cette forme de tumeur est rarissime. Après l'ablation, retour intégral de la voix.

2° Fibrome semblant implanté sur la face antérieure du cartilage aryténoïde. Cette forme de tumeur est un peu moins rare. Une première ablation au serre-nœud n'a encore permis d'enlever qu'une grande partie de la tumeur, mais non sa totalité.

X. Swain (de New-Haven). *Tumeur du larynx.* — Fibromyxome volumineux implanté à la partie antérieure de la commissure des cordes vocales. L'extraction fut difficile en raison du volume de la tumeur et de l'épaisseur du pédicule. La voix et la respiration furent très améliorées; pas de récidive après deux ans.

Discussion : Rice, pour les petites tumeurs laryngées, préfère la guillotine à la pince. Récemment l'emploi d'une solution de cocaïne à 4 0/0 dans le larynx amena une syncope chez un de ses opérés.

Langmaid a essayé la nicotine pour une ablation de tumeur du larynx, mais a eu des accidents d'intoxication.

XI. Rice (de New-York). *Emploi des sprays dans les affections catarrhales des voies respiratoires supérieures.* — L'emploi des injections à condition d'apporter un soin minutieux dans le choix du médicament actif du véhicule, de la température de la pression, pourrait notablement restreindre les opérations. Voici quelques règles générales :

Le pétrole donne de bons résultats, mais il laisse souvent à sa suite une sécheresse des fosses nasales très désagréable.

L'iodoforme, l'aristol perdent beaucoup de leurs propriétés antiseptiques et stimulantes quand ils sont incorporés à l'huile.

Digitized by Google

Une solution faible de cocaïne à 1 0/0 agit comme le meilleur des astringents. On peut aussi parfois employer ainsi la morphine, l'aconit.

Les fosses nasales postérieures supportent une pression beaucoup plus forte que les fosses nasales antérieures.

Discussion : Bosworth n'accorde aux irrigations qu'une simple valeur de propreté.

Mackenzie, Asch, etc. croient au contraire à leur réelle efficacité.

XII. John Roe (de Rochester). — *Correction de la difformité résultant des abcès de la cloison.* — Roe décrit une opération ayant pour but de corriger cette difformité non par une rhinoplastie, mais par une opération sous-cutanée et intranasale. Cette opération comprend cinq temps :

1° Les tissus épais et saillants sont incisés des deux côtés de la cloison. Les incisions suivent le rebord des tissus affaissés à travers le cartilage de l'aile. On a grand soin de s'arrêter à la peau.

2° La peau est détachée du dos du nez soulevé. Les lambeaux ainsi formés sont maintenus par de petites plaques d'ivoire offrant des trous à travers lesquels passent les sutures. La constriction ne doit pas étrangler les tissus.

3° Scarification de chaque côté de la partie inférieure de la cloison.

4° En face des points où la cloison manque de résistance, d'épaisses bandes de tissu sont détachées du plancher des narines, relevées, fixées par de fines sutures au niveau de leur bord supérieur à la cloison.

5° Un petit ressort en spirale maintient jusqu'à cicatrisation les parties en position.

XIII. De Blois (de Boston). — *Résultats éloignés des cautérisations intranasales.* — Quand on observe après un ou deux ans des malades ayant subi des cautérisations intranasales, ordinairement pour des hypertrophies des cornets, on constate souvent que le résultat obtenu a été nul. L'obstruction nasale persiste soit que des replis tuméfiés de la muqueuse se soient formés de chaque côté de la cicatrice, soit qu'il y ait un froncement général. La cautérisation, pour réussir, ne doit être ni trop profonde ni trop superficielle, ni trop minime ni trop étendue.

Digitized by Google

XIV. H. Bryan (de Washington). — *Ethmoïdite suppurée.* — Le malade offrait les symptômes suivants : sécrétions nasales caséeuses, épaisses, fétides; douleur du dos du nez, du bord inférieur de l'orbite, de la tempe; cephalée très vive. Deux polypes muqueux se trouvaient implantés sur le cornet moyen gauche. Il existait de l'opacité de l'antre d'Highmore gauche et une infiltration des cellules ethmoïdales. Une rupture spontanée de l'abcès amena une issue abondante de matières grumeleuses et fut suivie d'une grande amélioration locale et générale.

Le prochain Congrès aura lieu en 1893, à New-York, la dernière semaine de mai. Sont élus : *Président :* Morris Asch, de New-York; *Vice-Président :* Johnston, de Baltimore, et Mulhall, de Saint-Louis; *Secrétaire-Trésorier :* Knight, de New-York ; *Bibliothécaire* : French, de Brooklyn ; *membre du Comité* : Langmaid, de Boston. A.-F. PLICQUE.

PRESSE FRANÇAISE

La toux de gorge et son traitement, par Wladimir (de Holstein). (*Semaine médicale*, page 34; 17 février 1892.)

La plupart des médecins pensent avec une association d'idées telle que tout malade qui vient les consulter pour une toux opiniâtre, est immédiatement examiné, et ensuite traité dans le sens d'une trachéo-bronchite évidente ou latente. Or le catarrhe de la « gorge » (nom vulgaire de la région naso-pharyngo-laryngée) peut, bien plus souvent qu'on ne croit, engendrer une toux persistante, épuisante; le coryza chronique, le coryza postérieur surtout, donnent naissance à des mucosités qui tombent dans le pharynx, l'irritent et produisent la toux, et secondairement les efforts de toux déterminent du catarrhe laryngien. En l'absence d'un traitement local, ce catarrhe de la gorge et la toux qui en résulte peuvent s'éterniser pendant des années. Or, ce traitement local doit être à base de menthol : 1° contre le coryza chronique, prises fréquentes de poudre d'acide borique; et deux fois par jour badigeonnages du nez avec une solution de menthol à 1/20 dans l'huile d'olive; 2° contre la pharyngite, attouchements du pharynx, surtout dans sa partie supérieure, avec la glycérine iodée faible

Digitized by Google

mentholée (1/80); 3° et enfin chaque jour, au moins une fois, injections intra-laryngées d'huile mentholée : il suffit que le liquide huileux soit déversé à l'entrée du vestibule laryngien, pour s'étendre de là sur toute la muqueuse vocale : dès lors l'introduction de la canule de la seringue réclame peu de précision; aux médecins qui n'ont pas l'habitude de se servir du miroir laryngien, il recommande d'introduire l'index gauche jusqu'à la base de la langue et de s'en servir comme d'un conducteur.

Les lavages du nez au siphon de Weber sont bannis de ce traitement; car, dans la rhinite chronique, à tendance hypertrophique, l'auteur les accuse d'augmenter le gonflement et d'amener des coryzas persistants et violents. M. L.

Purpura et érythème papulo-noueux au cours d'une amygdalite à streptocoques, par P. Le Gendre et P. Claisse. (*Soc. méd. hôp.*, 8 janvier 1892; et *Union médicale*, 21 janvier 1892.)

Le purpura infectieux, à point de départ laryngé, est rare. Des cas publiés par Bœck, Rehmer, il faut rapprocher l'observation actuelle. Une femme de 33 ans contracte une angine aiguë avec état infectieux et vagues douleurs articulaires. Le troisième jour apparaissent de nombreuses taches de purpura sur les membres inférieurs et le ventre. Pendant trois semaines l'amygdalite persiste : simplement cryptique au début, elle devient plus tard ulcéreuse; l'état saburral, l'anémie s'accentuent et des poussées de purpura alternent avec des éruptions de plaques érythémateuses autour des poignets, de nodosités au devant des tibias.

Le 15 décembre, l'ulcération amygdalienne est guérie; simultanément, les dernières taches purpuriques s'effacent; l'appétit revient. Le 20, la santé est rétablie.

La culture de l'essudat puisé au fond des cryptes démontra la nature streptococcique de l'amygdalite. En revanche, le sang recueilli par scarifications au niveau des taches purpuriques, fut constamment trouvé stérile. On ne saurait cependant nier que le purpura ait été sous la dépendance de l'infection amygdalienne. Dès lors, deux hypothèses peuvent être invoquées pour expliquer ce résultat négatif : ou bien le purpura résultait d'embolies des streptocoques; mais ces microbes, retenus dans un caillot fibrineux, ne pouvaient être entraînés par le sang sorti au niveau de piqûres : un fait analogue a été démontré par Claisse dans un cas de purpura pneumococcique; ou bien il fallait seulement incriminer l'action des toxines sécrétées par les microbes, les-

Digitized by Google

quelles, soit en modifiant le cours du sang, soit en influençant le vaso-moteur, avaient déterminé la production d'hémorragies cutanées. M. L.

Contribution à la pathologie des processus tonsillaires inflammatoires, par A. Sokolowski et Z. Dmochowski (*Archiv. intern. de laryngologie*, novembre 1891, janvier et mars 1892, tome IV, page 331; tome V, pages 16 et 102.)

En prenant comme base leurs recherches anatomo-pathologiques, les auteurs essayent une nouvelle classification des diverses formes d'affections amygdaliennes dans lesquelles les cavités lacunaires s'emplissent de masses blanchâtres : ils tentent une dissociation nosologique du groupe étiqueté : *angina lacunaris*. Aussi ils arrivent à distinguer provisoirement quatre processus.

1° *Hypertrophia tonsillarum simplex*. — La cause en réside dans une prédisposition innée de l'organisme à faire de l'hypertrophie de tout le système lymphatique de la gorge; l'existence de catarrhes répétés n'en est pas, comme on l'a dit, le seul facteur, sans cela comment s'expliquerait l'hypertrophie amygdalienne des nouveau-nés? Molles ou dures, ces grandes amygdales renferment dans leurs lacunes une sécrétion opaque; le plus souvent cependant ces lacunes sont plus étroites qu'à l'état normal, rétrécies par l'hypertrophie du tissu folliculaire qui l'entoure. Ce rétrécissement, s'il siège à l'orifice des cryptes, peut, en s'exagérant, aboutir à l'oblitération complète; dès lors, le contenu renfermé dans une cavité close dilate celle-ci. La sténose de l'orifice des lacunes peut aussi être d'origine cicatricielle et consécutive à l'existence d'excoriations catarrhales superficielles. La masse jaune blanchâtre contenue dans ces lacunes se compose surtout de cellules épithéliales cornées, rangées suivant une disposition concentrique; de quelques rares corpuscules lymphatiques, et de microbes les plus variés, que S. et D. considèrent comme des saprophytes, en raison du manque de réaction inflammatoire.

Mais ainsi est constitué un cercle vicieux, car si l'hypertrophie des amygdales détermine la rétention de la sécrétion des lacunes, celle-ci, subissant du fait de sa stagnation des fermentations microbiennes, devient à son tour un agent d'excitation qui sollicite l'accroissement du processus hypertrophique. L'hypertrophie est donc la cause principale qui préside au développement des autres modalités pathologiques amygdaliennes.

Digitized by Google

2° *Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa.* — Elle est connue. Des masses jaunâtres s'accumulent dans la crypte et amènent des troubles subjectifs variables : ténesme pharyngien, sensation de corps étrangers, toux, etc. Cette forme se distingue de l'hypertrophie amygdalienne ordinaire par l'intensité du processus ; catarrhe desquamatif intense des lacunes, pouvant du reste se montrer parfois sur des amygdales non hypertrophiées. Car l'inflammation parenchymateuse, cause de l'hypertrophie tonsillaire, est un accompagnement fréquent, mais non constant, de ce catarrhe desquamatif des lacunes.

3° *Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa exacerbata.* — Le catarrhe desquamatif lacunaire chronique peut s'exaspérer de temps à autre, en donnant naissance à une phénoménalité nouvelle : douleurs vives, abattement général. Les bouchons jaunâtres ne se laissent que très difficilement chasser des cryptes ; parfois on note des taches blanches, lisses, dues à une exsudation sous-muqueuse et aboutissant à une exulcération superficielle. Ici, le microscope montre une desquamation de l'épithélium lacunaire bien plus accentuée que dans la deuxième forme : cette desquamation doit se faire rapidement, car le noyau de cellule épithéliale se colore encore ; de plus, l'épithélium est infiltré de corpuscules lymphatiques.

Dans le magma cryptique, de nombreux microbes disparates ; mais comme ceux-ci peuvent manquer et d'autre part se montrer dans des amygdales saines, S. et D. ne leur attribuent aucune valeur pathogénique et considèrent ce processus d'exacerbation de l'amygdalite lacunaire comme non infectieux. Quant aux taches blanches translucides préludant aux érosions, ce ne sont que le contenu d'une lacune soudée qui apparaît à travers la muqueuse.

4° *Tonsillitis lacunaris pseudo-membranacea.* — Forme d'amygdalite connue depuis longtemps et présentant dans son évolution des ressemblances, mais non pas des similitudes avec la diphtérie. Avec Bouchard, J. Frænkel, il faut la considérer comme une maladie présentement infectieuse ; mais de nombreuses recherches faites pour en découvrir le microbe spécifique sont toujours demeurées infructueuses. Histologiquement, on trouve dans les cryptes un réseau de fibrine englobant une grande quantité de microorganismes très variés : cocci, bacilles, etc. ; seulement, l'aspect des préparations diffère légèrement de ce qu'on voit dans la diphtérie vraie, où le réseau de fibrine pénètre aussi dans la trame même des tissus qui se

Digitized by Google

mortifient ultérieurement. Malgré cela, il serait logique, au point de vue histologique pur, d'identifier ces deux formes : amygdalite lacunaire pseudo-membraneuse et diphtérie. La grosse différence réside dans la localisation de la maladie qui, dans un cas, se cantonne au fond des lacunes avec peu de tendance à s'étendre; dans l'autre, se diffuse au loin. Du reste, Frænkel a vu plusieurs cas d'angine lacunaire pseudo-membraneuse se transformer en diphtérie.

Une modification dans la terminologie pour finir : le mot *angine lacunaire*, dont on se sert généralement pour caractériser cette affection, est mauvais, le terme angine signifiant inflammation de tout le pharynx. D'autre part, *angine lacunaire* ne veut rien dire par lui-même, l'affection pouvant être catarrhale, diphtéritique, etc. Quant à la dénomination d'*angine folliculaire*, elle est pire, le follicule n'étant pas intéressé en l'espèce. La seule appellation rationnelle est celle d'*amygdalite lacunaire pseudo-membraneuse*. M. L.

Tuberculose primitive et isolée du pharynx, par L. Jullien. (*Soc. de dermatologie*, séance du 11 février 1892).

Fille de maison publique, non syphilitique, ayant depuis six mois de fréquents rapports avec un phtisique qui crache le sang tous les matins. Elle présente sur le pilier postérieur gauche, l'amygdale, la paroi pharyngienne, trois ulcérations jaunâtres, indolores, dont la sécrétion est très riche en bacilles tuberculeux. Rien aux poumons. M. L.

Angine pseudo-membraneuse à streptocoques; métrite; ecthyma ulcéreux streptococcique de la vulve et du périnée chez une accouchée; érysipèle phlegmoneux de la paroi abdominale chez l'enfant, par L. Jacquet et J. Renault. (*Gazette des hôpitaux*, page 247, n° 27, 3 mars 1892).

Cette très curieuse observation démontre, entre autres choses, combien chaque jour l'aspect objectif des lésions des la gorge perd de sa valeur diagnostique; au pharynx, comme ailleurs, la bactériologie tend à bouleverser l'ancienne classification nosologique.

Une femme se présente dans le service de M. Debove, avec un mal de gorge blanc qui, joint à une certaine altération de l'état général, fait immédiatement penser à la diphtérie. Mais ce soupçon dure peu : pas de fièvre, et des boutons aux parties ; on pense à une angine syphilitique diphtéroïde. A son tour ce dia-

Digitized by Google

gnostic est rejeté, car l'histoire de la malade est la suivante : accouchement à terme; pas de fièvre; six jours plus tard l'enfant est pris d'érysipèle du cordon et meurt; deux jours après, la mère, qui avait continué à allaiter, est atteinte de fièvre, souffre de la gorge, en même temps que les lochies deviennent fétides; et simultanément il se développe de l'urétrite, de l'ecthyma ulcéreux, phagédénique de la vulve, de l'angine pseudomembraneuse. L'examen bactériologique montre que le streptocoque est la cause de tout le mal; il existe à l'état de pureté dans le pus des ulcérations vulvaires, dans les fausses membranes pharyngées. Il s'agit, en somme, ici, d'une affection puerpérale bénigne, localisée.

Mais quelle est la physiologie pathologique de l'angine? Y a-t-il eu transport de l'agent pathogène de l'utérus à la gorge? ou le streptocoque hôte habituel de la gorge, a-t-il évolué là pour son compte, créant une deuxième infection locale? Les auteurs préfèrent la seconde hypothèse. L'état puerpéral facilite la culture du streptocoque, qui produit des infections locales là où il végète normalement. M. L.

Sur une variété peu connue d'angine phlegmoneuse. Périamygdalite linguale phlegmoneuse, par A. Ruault. (*Arch. intern. de laryngologie*, tome V, janvier et mars 1892, n° 1, page 8, et n° 2, page 94.)

Affection probablement fréquente, mais non encore bien décrite, sa bénignité l'ayant dû faire englober dans le groupe des « angines pharyngées inférieures » par la majorité des médecins inhabiles à manier le miroir. C'est l'inflammation suppurative aiguë, plus souvent subaiguë, de l'enveloppe celluleuse de l'amygdale linguale; l'analogue, à la base de la langue, de la périamygdalite phlegmoneuse palatine vulgaire. Ruault nous en donne une bonne étude, d'après sur six cas, dont cinq personnels.

Début brusque : malaise, courbature, frissonnements, puis fièvre pouvant durer une semaine. Bientôt douleurs de gorge vives, lancinantes, avec irradiations vers une ou deux oreilles et vers la fourchette sternale, où les malades localisent un point douloureux. Dysphagie vive : dyspnée exceptionnelle, toujours légère. Pas de tuméfaction du cou, pas d'adénopathie concomitante. Le malade ouvre aisément la bouche : la partie antérieure de la langue a son aspect normal; mais le miroir montre une amygdale linguale très rouge, formant une tumeur lisse, souvent recouverte d'un enduit pultacé, pointillé, refoulant en ar-

Digitized by Google

rière l'épiglotte; presque toujours la lésion est unilatérale. Par réaction de voisinage, il y a tuméfaction de l'épiglotte, rougeur du pharynx et des piliers antérieurs. L'abcès formé en 2-5 jours s'ouvre spontanément au cours du deuxième septénaire; le malade crache une petite quantité de pus infect; détente locale; chute de la fièvre; en 2-3 jours s'achève la guérison.

Le diagnostic est facile. Au toucher pharyngien le doigt sent une tumeur fluctuante et superficielle : au contraire, dans la *glossite basique profonde*, l'abcès intra-musculaire présente une dureté spéciale qui le fait prendre pour une tumeur solide. Dans le *phlegmon prélaryngien*, dans l'*angine de Ludwig au début*, le malade ne peut tirer la langue au dehors, et a même peine à ouvrir la bouche, à cause de la raideur qui résulte de l'empâtement du plancher buccal : rien de semblable dans le cas actuel.

Où siège et comment se limite cet abcès péri-amygdalo-lingual? Sur la muqueuse, autour des follicules lymphatiques de la base de la langue; les ligaments glosso-épiglottique médian en dedans, glosso-épiglottique latéral sur les côtés, la membrane thyro-hyo-épiglottique en bas limitent l'extension du pus.

Même traitement rationnel que dans le phlegmon péri-amygdalien palatin : inutile d'inciser, puisque de lui-même l'abcès tend toujours à s'ouvrir au dehors. M. L.

A propos du traitement de la diphtérie, par H. Barbier. (*France médicale* et *Paris médical*, 1er janvier 1892.)

Ce travail, hautement suggestif, doit être lu dans l'original. L'auteur, dont on sait la compétence indiscutable en diphtérie, a tiré d'expériences de laboratoire très nettes une série de préceptes thérapeutiques; médication rationnelle s'il en fut. Infection locale d'abord : intoxication générale plus tard : telle est la formule pathogénique de la diphtérie. Contre un mal primitivement local, il faut un traitement local : c'est l'antisepsie de la gorge; mais celle-ci doit avoir pour base une *substance dont l'action parasiticide a été dûment constatée sur le bacille*. L'auteur a étudié à ce point de vue l'acide phénique; ses expériences lui ont montré que ce corps a une action empêchante sur le développement du bacille in vitro dans la solution à 1/100, mais à la condition qu'elle soit prolongée. Pour tuer le bacille par un rapide contact, comme l'est un badigeonnage de la gorge, il faut s'adresser à une solution à 1/10; c'est la solution la plus faible

Digitized by Google

qu'on puisse employer : et cependant elle est d'une causticité telle que son emploi en pratique est impossible. Mais il y a moyen de tourner la difficulté en se servant d'un véhicule qui masque la causticité de l'acide phénique sans atténuer son action parasiticide; le mélange de Gaucher donne d'excellents résultats dans ce sens : mais l'*acide sulforicinique* lui est supérieur. Un mélange de 100 grammes de ce corps avec 20 grammes d'acide phénique ne produit sur la muqueuse qu'une sensation de brûlure très faible, toujours passagère; les expériences de Barbier justifient son emploi dans le traitement de la diphtérie, car il se montre plus actif, moins douloureux que le mélange de Gaucher.

Ces badigeonnages fréquemment répétés, toutes les trois heures la nuit, toutes les heures le jour, doivent être associés à une copieuse irrigation buccale faite avec de l'eau salolée.

Ce traitement doit être appliqué dans sa rigueur dès le début de la maladie, surtout dans la forme hypertoxique; où l'association des streptocoques au bacille de Löffler aggrave beaucoup le pronostic.

Que l'antisepsie de la gorge soit soigneusement faite, et l'on n'observe pas les symptômes suivants qui témoignent de l'infection secondaire de l'organisme : adénopathie; albuminurie; adynamie. L'adénopathie est la pierre de touche de l'efficacité du traitement : ce n'est pas un signe lié à l'angine; c'est un symptôme d'infection surajoutée que le médecin a devoir et pouvoir de ne pas laisser se développer.

Barbier recommande encore de faire soigneusement l'*antisepsie intestinale :* les malades avalent à chaque instant des débris de fausses membranes; celles-ci renferment des microorganismes qui se cultivent dans le tube digestif et deviennent l'origine d'une nouvelle toxi-infection qui se traduit par des selles grises, granuleuses, horriblement fétides.

A noter encore dans ce travail les recommandations judicieuses sur la conduite à tenir chez l'enfant atteint de croup. On a coutume de ne voir dans le croup qu'une asphyxie mécanique à laquelle on croit avoir suffisamment paré par l'ouverture de la trachée. Mais l'enfant est avant tout un diphtéritique qui réclame jusqu'à parfaite guérison le traitement antiseptique de la gorge ci-dessus mentionné. Il ne faut pas oublier de plus que ce malade recèle le streptocoque sous une forme des plus virulentes : pour éviter les complications post-opératoires; la broncho-pneumonie tardive en particulier, la trachéotomie devra être faite avec les plus mi-

Digitized by Google

nutieuses précautions antiseptiques, et la plaie minutieusement pansée. C'est là une recommandation que bien des médecins devraient méditer. M. L.

Des perforations syphilitiques de la voûte palatine, par le professeur Duplay. (*Mercredi médical*, n° 5, p. 49, 3 février 1892.)

D'après les auteurs classiques, la perforation syphilitique de la voûte palatine se fait par le procédé suivant : production d'une gomme sous-périostique qui décolle la fibro-muqueuse palatine, nécrose de l'os sous-jacent, élimination du séquestre, perforation. Duplay ne croit pas que les choses se passent ainsi; pourquoi la perforation siégerait-elle nécessairement sur la ligne médiane, ainsi que cela est la règle ? On ne voit pas en effet pour quelle raison une gomme ne pourrait se produire en n'importe quel point du palais. Et en second lieu, pourquoi cette gomme produirait-elle toujours une perforation? Journellement nous observons sur le crâne des gommes sous-périostiques qui ne font qu'entamer l'os très superficiellement. Se fondant sur l'évolution des cas qu'il a observés, Duplay admet que la gomme se développe d'abord du côté des fosses nasales; et, en effet, la phase de perforation est pendant un certain temps précédée d'une période de coryza, avec suppuration fétide. Cette gomme a un siège de prédilection évident — sans qu'on en puisse connaître la raison — *au niveau de la synostose qui unit le bord inférieur du vomer aux lames horizontales des os palatins et du maxillaire inférieur*. Alors, et secondairement, se produit un phénomène qui n'est pas rare dans la périostite des os plats : le point symétrique de la face opposée est à son tour atteint. Donc la fibro-muqueuse palatine se décolle, l'os se nécrose et le séquestre est éliminé le plus souvent par voie nasale : ainsi naît la perforation. De là découle une conséquence pratique de haute importance : la possibilité de prévenir la perforation du palais en soignant vigoureusement le coryza syphilitique; iodure à fortes doses et localement grands lavages antiseptiques.

Quand la perforation est constituée, le seul moyen de la guérir consiste dans l'opération de Baizeau-Langenbeck. Mais il est important de soumettre les malades au traitement spécifique avant et même après l'opération; avant, pour ne pas s'exposer à agir sur des tissus encore malades après, et cela

Digitized by Google

pendant plusieurs mois, afin d'éviter la production de nouvelles perforations au voisinage de l'ancienne. M. L.

Note sur un cas de cancer de la langue à signes insolites, par TREKAKI et LENORMAND. (*Gaz. des hôp.*, 17 mars 1892.)

Homme de 50 ans. A contracté il y a vingt-cinq ans un chancre induré; pas de traitement local à ce moment ; quatre années plus tard, rhinite purulente ayant amené une perforation de la cloison. En mars 1891 se montre, sur le bord gauche de la langue, une ulcération non douloureuse diagnostiquée : gomme linguale; à deux reprises, le traitement spécifique est institué pendant quinze jours, sans succès. En octobre 1891, ulcération plus étendue, facilement saignante, à fond pseudo-membraneux, fétide, reposant sur une base indurée ; la langue a perdu presque tous ses mouvements. Mais il n'y a aucune douleur provoquée ou spontanée au niveau du cou ou des oreilles; de plus, l'état général est excellent. Troisième traitement spécifique, également inutile. Six semaines plus tard, grand changement; toujours pas de douleur, mais l'ulcération, horriblement fétide, a détruit presque toute la langue; adénopathie angulo-maxillaire ; même fétidité buccale intense et trismus; amaigrissement, anémie profonde. Mort par syncope à la suite d'une hémorragie en nappe. A l'autopsie, épithéliome de la langue et des ganglions sous-maxillaires, sans généralisation. L'examen microscopique n'a malheureusement pas été pratiqué.

Les auteurs insistent sur la bizarrerie de cette évolution d'un cancer lingual qui, pendant longtemps, s'est faite sans porter atteinte à la santé générale et sans produire la moindre douleur; peut-être cette symptomatologie insolite dénote-t-elle l'existence d'une hybridité syphilo-carcinomateuse, telle que l'a décrite Verneuil. M. L.

Érysipèle à début insolite caractérisé par une glossite intense. Guérison, par RENDU. (*France médicale* et *Paris médical*, 15 janvier 1892.)

Claude A..., 23 ans, à la suite d'un refroidissement, est pris de frissons, de courbature générale, avec sentiment de sécheresse dans la bouche. Deux jours après, il se présente à l'hôpital Necker dans l'état suivant : douleurs de gorge violentes, déglutition absolument impossible ; la bouche, entr'ouverte, laisse incessamment écouler la salive. Phonation, articulation nulles. La langue, tuméfiée, occupe toute la cavité buccale, dé-

Digitized by Google

bordant même les arcades dentaires ; sa pointe est globuleuse, sa surface revêtue d'un exsudat couenneux. Consistance molle, mais nulle part de fluctuation nette. L'examen de la gorge est impraticable en présence du volume de la langue.

De quelle nature est cette glossite ? Le malade présente des signes nets de syphilis secondaire : roséole, syphilide papulo-squameuse ; aux commissures des lèvres rhagades fissurées spécifiques. Cependant il n'est pas dans les habitudes de la syphilis secondaire de produire des glossites inflammatoires aussi intenses.

L'ensemencement de l'exsudat lingual ayant donné des cultures presque pures de streptocoques, Rendu croit que les lésions syphilitiques ont servi de porte d'entrée à des microbes qui ont abouti à produire une glossite erysipélateuse. La confirmation absolue de ce diagnostic est donnée par l'évolution ultérieure de la maladie. Six jours après le début des accidents, la langue a repris à peu près ses dimensions normales ; la fièvre est tombée. Mais bientôt elle se rallume, et l'on assiste au développement d'un érysipèle facial typique. M. L.

Fistule branchiale à paroi complexe ; gaine musculaire striée, glandules et diverticules ; déductions thérapeutiques, par le Dr F. Lejars. (*Progrès médical*, 13 février 1892.)

Étude très intéressante sur les fistules congénitales du cou, à propos d'un cas personnel de fistule borgne externe à laquelle était annexé un nodule glandulaire, de structure analogue aux glandes du pharynx et qu'entourait un long faisceau musculaire strié, allant se perdre en haut dans le constricteur supérieur du pharynx. De tels faits sont moins rares que ne le laisse supposer la pauvreté de la littérature à ce sujet. Cette gaine striée n'a encore été signalée que par Watson ; c'est une couche musculaire formée de fibres parallèles à l'axe du conduit, confondue d'une part avec la musculature du pharynx et venant, d'autre part, s'attacher à la face profonde de la peau, au voisinage de la fourchette sternale. Quant aux glandules péribranchiales, elles offrent deux types : tantôt disséminées en nappe autour du conduit fistuleux (Roth, Cusset) ; tantôt organisées en un lobule unique (Lejars). L'existence de ces glandules a une haute importance clinique : elle fait comprendre la sécrétion souvent très abondante de ces fistules ; elle montre pourquoi les injections irritantes n'amènent qu'une occlusion temporaire du conduit. Pour arriver à une guérison complète, il est de

Digitized by Google

toute nécessité de détruire radicalement la paroi si complexe de ces fistules. Pour cela, il n'est que deux procédés : l'extirpation au bistouri, ou l'électrolyse, introduite par Le Fort dans le traitement des fistules branchiales. Celle-ci est le procédé de choix, surtout quand on a affaire à de longs trajets traversant toute la hauteur du cou, et dont l'éradication laisserait à sa suite une grande cicatrice, bien plus gênante encore que ne l'est une fistule congénitale. Cependant si l'électrolyse échoue, c'est à l'extirpation totale qu'il faut recourir, en ayant soin de ne point laisser dans la plaie de glandules aberrantes, de diverticules, qui sont la cause des récidives. M. L.

Sur les propriétés anesthésiques de la cocaïne, par A. Bignon (de Lima). (*Bull. gén. de thérapeutique* p. 170, 29 février 1892.)

Rien de ce qui a rapport à la cocaïne ne peut être indifférent aux spécialistes : il y a donc lieu de reproduire les conclusions de ce travail.

La cocaïne en solution acide perd ses propriétés anesthésiques ; mais celles-ci y restent à l'état latent. Or, la neutralisation les fait apparaître de nouveau. Inversement, l'action anesthésique atteint son maximum d'intensité quand la cocaïne est en suspension dans un liquide légèrement alcalin ; en précipitant un sel de cocaïne par une solution de carbonate de soude (qui vaut mieux pour cela que le bicarbonate), on obtient un liquide louche, contenant la cocaïne en suspension et que l'auteur nomme *lait de cocaïne ;* mais ce lait n'a d'action puissante que s'il est préparé extemporanément, sans quoi la cocaïne se précipite en masse et son activité décroît.

Les chlorhydrates de cocaïne du commerce étant acides, du fait de leur mode de préparation, leurs solutions conservent donc une partie de leurs propriétés anesthésiques à l'état latent. Or, 0,10 de ce sel en solution aqueuse produiront moins d'anesthésie que 0,05 en lait de cocaïne.

Le *temps de contact* est un facteur qui intervient aussi puissamment dans la variabilité de l'effet anesthésique de l'alcaloïde. C'est plus de la *durée du contact que de la dose de cocaïne que dépend la durée de l'anesthésie.* La dose de 0,05 de cocaïne en *lait* produit une suffisante anesthésie si le contact de la solution avec la muqueuse buccale, par exemple, est maintenu cinq minutes ; dans ce cas, l'anesthésie dure un quart d'heure ; si le

Digitized by Google

contact se prolonge dix minutes, on obtient une demi-heure d'anesthésie. M. L.

Le phénate de cocaïne, par von Œfele (d'Hengersberg). (*Semaine médicale*, p. LVIII, 23 mars 1892.)

L'auteur se sert exclusivement du phénate de cocaïne : ce sel exerce une action analgésique locale beaucoup plus persistante que celle du chlorhydrate (jusqu'à 36 heures) ; de plus, il supprime les chances d'intoxication cocaïnique. Cela résulte de son insolubilité à peu près complète dans l'eau, et par suite dans les humeurs de l'organisme ; ce sel ne se résorbe donc pas, et par suite, son action analgésique locale est durable. L'auteur préconise l'emploi de solutions au dixième dans l'alcool absolu. Sa posologie du reste demeure la même que celle du chlorhydrate, en substituant un dissolvant alcoolique au dissolvant aqueux. M. L.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Perfectionnement du mode d'examen du conduit auditif et de la membrane, par J. Ward Cousins (*British medical Journal*, 16 janvier 1892).

Le spéculum imaginé par l'auteur se compose du tube métallique ordinaire en forme d'entonnoir, muni d'un large anneau de métal sur lequel s'adaptent :

1° Un petit miroir concave;

2° A l'extrémité du même diamètre, une petite lentille.

Le miroir projette dans le spéculum une lumière artificielle ou la lumière du jour, et la lentille sert à agrandir l'image otoscopique.

Pendant l'examen, le malade incline fortement le cou de façon à ce que le spéculum introduit dans le conduit auditif soit dans la position verticale. H. M.

Paralysie bulbaire avec paralysie bilatérale des abducteurs des cordes vocales, par le Dr Suckling (*Midland medical Society*. — *Brit. med. Journal*, 9 janvier 1892).

Un homme de 43 ans fut admis au Queen's Hospital à cause

Digitized by Google

d'une dyspnée intense. Il présentait des signes de paralysie bulbaire. Les cordes vocales étaient en aqduction, et pendant l'inspiration, elles venaient au contact; pendant l'expiration, elles se séparaient légèrement. Trachéotomie. Le malade meurt bientôt après l'opération. Ni syphilis, ni alcoolisme, ni saturnisme.

H. M.

Ulcérations tuberculeuses de la langue avec coupes montrant les bacilles, par CHARLES A. MORTON (*Pathological Society of London. — Brit. med. J.*, 9 janvier 1892).

M. Morton présente une observation de tuberculose linguale, ainsi que des coupes histologiques montrant le tissu infiltré de petites cellules, de cellules géantes, ces dernières contenant de nombreux bacilles. M. Morton pense que, dans ce cas, la tuberculose linguale, secondaire à la phtisie pulmonaire, a été produite par les crachats venant infecter de petites érosions que de mauvaises dents avaient faites sur la langue. Le diagnostic put être considérablement aidé par l'examen microscopique de fragments de la tumeur linguale.

H. M.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ALLEMAGNE ET AUTRICHE-HONGRIE.

Oreille.

Zur Frage von der Aetiologie der peripherischen Facialislähmung. — Sur l'étiologie des paralysies faciales périphériques, par M. Bernhardt (*Berl. Klin. Woch.*, 29 février et 7 mars 1892).

Zwei Fälle von Operationen an der Vena jugularis und dem Sinus tranversus wegen Pyämie nach Mittelohr Eiterung. — Deux cas d'opérations sur la veine jugulaire et le sinus transverse pour cause de pyémie consécutive à une otite moyenne, par Rushton Parker (*Berliner Klin. Woch,* 7 mars 1892).

Ein neuer Katheter für die Tuba Eustachii. — Un nouveau catheter pour la trompe d'Eustache, par J. Herzfeld (*Berl. Klin. Woch,* 14 mars 1892).

Sur la persistance de cavités osseuses béantes épithélialisées à la suite de la trépanation de l'apophyse mastoïde, par E. Hoffmann (*Deuts. Med. Woch.*, n° 6, 1892).

Ein Beitrag zur Frage der differential diagnostischen Bedeutung der Prüfung der Gehörfunction mit der Stimmgabel. — Contribution à la

Digitized by Google

question de l'importance au point de vue du diagnostic différentiel de l'essai de la fonction auditive avec le diapason, par von Krzywicki (*Berl. Klin. Woch.*, 21 mars 1892).

Eine seltene Erkrankung des Labyrinthes wahrscheinlich durch die Scharlachaffection des Kindes entstanden. — Affection rare du labyrinthe provenant vraisemblablement de la scarlatine chez un enfant, par E. Baumgarten (*Zeits, f. Ohrenheilk., Bd* XXII).

Einige neue Apparate und Instrumente zur Galvanocaustik und electrischen Beleuchtung. — Quelques nouveaux appareils et instruments pour la galvano-caustique et l'éclairage électrique, par L. Jacobson (*Berliner Klin. Woch.*, 28 mars 1892).

Rapport sur les progrès de l'anatomie, l'histologie et la physiologie de l'organe de l'ouïe et de la cavité nasale pendant la seconde moitié de 1890 et la première moitié de 1891, par A. Barth (*Zeits. f. Ohrenheilk. Bd* XX II, h. 3 in-4, 1892).

Un cas de grand vertige nerveux dans tous les contours du limaçon, par Bezold et Scheibe (*Zeits. f. Ohrenheilk., Bd* XXII h. 3 n. 4, 1892).

Sur les injections dans les maladies d'oreilles, par A. Bing (*Centralblatt f. d. gesam. Therapie*, mars 1892).

Sur les polypes perforés de l'oreille, par Grünwald (*Zeits. f. Ohrenheilk.* Bd XXII, h. 3 u. 4, 1892).

Rapport sur les progrès de la pathologie et de la thérapeutique des maladies de l'organe de l'ouïe, dans la seconde moitié de 1890 et la première moitié de 1891, par A. Hartmann (*Zeits. f. Ohrenheilk.* Bd XXII, h. 3 u. 4, 1892).

Nouvelle méthode de recherche pour le diagnostic différentiel des maladies du labyrinthe et de l'oreille moyenne, par Jankau (*Deuts. Med. Woch*, n° 10 1892).

I. Les sourds-muets en Danemark. — II. Un cas de surdi-mutité consécutif à la rougeole, par H. Mygind (*Zeits. f. Ohrenheilh.* Bd XXII, h. 3 u. 4, 1892).

Trépanation de l'apophyse mastoïde par A. Politzer (*Int. Klin. Rundschau*, n° 9, 1892).

Otite moyenne, par Schultz (*Int. Klin. Rundschau*, n° 6, 1892).

I. Résultats de l'examen de l'ouïe dans la surdité purement catarrhale. — II. Examen fonctionnel de l'oreille normale, par Siebenmann (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXII, h. 3 u. 4, 1892).

Un cas de destruction et d'ossification partielle des deux labyrinthes, probablement à la suite d'une méningite, par Steinbrügge (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXII, h. 3 u. 4, 1892).

Compte rendu de la section otologique de la 64e réunion des médecins et naturalistes allemands à Halle s/S., du 21 au 25 septembre 1891, par Truckenbrod (*Zeits f. Ohrenh.*, Bd XXII, h. 3 u. 4, 1892).

Furonculotom für den aüsseren Gehörgang. — Furonculotome pour le conduit auditif externe, par Koehler (*Monatschr. f. Ohrenh*, n° 3, 1892).

Presentation des coupes de deux organes de l'ouïe, par Treitel (*Berliner Med. Gesellsch.*, 16 mars, *in Berl. Klin. Woch*, 11 avril 1892).

Ueber extradurale Abscesse nach Otitis. — Abcès extraduriens consécutifs aux otites, par Hessler (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 33, l. 2 mars 1892).

Beitrag zur Hammer Amboss excision. — Contribution à l'excision du marteau et de l'enclume, par C. Reinhard (*Arch. f. Ohrenh*, Bd. 33, h, 2, mars 1892).

Ueber Erkrankung des Gehörorgans infolge von Tabès. — Affection de l'organe de l'ouïe consécutive au tabès, par J. Habermann (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 33, h. 2, mars 1892).

Compte rendu des seances de la section otologique de la 64e réunion des naturalistes et médecins allemands à Halle s/S., 21-25 septembre 1891 (*Arch. f. Ohrenh*)., Bd 33, h. 2 mars 1892).

I. Ueber extradurale Eiteransammlungen im Verlauf von Mittellohr

Digitized by Google

erkrankungen. Collections purulentes extra duriennes au cours d'affections de l'oreille moyenne. — II. Beitraege zur Heilung der metastatischen Pyämie bei Mittelohrerkrankungen. Contribution à la guérison de la pyémie métastatique au cours d'affections de l'oreille moyenne, par E. Hecke (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 33, h. 2, mars 1892).

Ueber Fremdkörper im Ohr. — Corps étrangers de l'oreille, par B. Sperber (*Dissert. Inaug.* Halle s/S., 1891).

Klinische Beobachtungen über Eröffnung des Proc. mastoideus. — Remarques cliniques sur l'ouverture de l'apophyse mastoïde par H. Kanasugi (*Dissert. Inaug.* Würzbourg, 1891).

Ueber Ohrerkrankungen nach Grippe. — Affections de l'oreille à la suite de la grippe, par Scholze (*Militärarz tl. Zeits*, n° 39, 1891).

Beitrag zur Sinusthrombose. —Contribution à la thrombose des sinus, par Hansberg (*Monats. f. Ohrenh*, n° 1, 1892).

Instrumente zur Application der Trichloressigsaürim Ohr und Nase. — Instruments pour l'application de l'acide trichloracétique dans l'oreille et dans le nez, par Cholewa (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 2, 1892).

Sphère auditive et mouvements de l'oreille, par B. Baginsky (*Arch. f. Anat. u. Physiol*, p. 227, 1891).

Sur la valeur des méthodes d'exploration de l'ouïe dans l'appréciation de la dureté de l'ouïe consécutive à des accidents, par Kiesselbach (*Münch. Med. Woch.*, n° 13, 1892).

Ueber therapeutische Ergebnisse einiger neuer ohrenärztlicher Heilmittel. — Sur la valeur thérapeutique de quelques nouveaux médicaments dans la pratique otologique, par S. Szenes (*Allg. Wiener Med. Zeit.*, 3 mai 1892).

Elektrische Durchleuchtung des Warzenforsatzes. — Éclairage électrique de l'apophyse mastoïde, par Urbantschitsch (*K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 20 mai ; in *Wiener Klin. Woch*, 26 mai 1892).

Sur la fermeture et sur l'ouverture de l'embouchure de la trompe d'Eustache, par Beckmann (*Zeits. f. Ohrenheilk*, XXII, h. 2, 1892).

Maladies de l'apophyse mastoïde, par Buchbinder (*Dissert. Inaug. Berlin*, 1891).

Lehrburh der Ohrenheilkunde für Studirende and Aerzte. — Manuel d'otologie à l'usage des étudiants et des medecins, par K. Bürkner. (In-8° de 368 pages, avec 136 gravures sur bois d'après des dessins originaux de l'auteur, F. Enke, éditeur, Stuttgart, 1892).

Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. — Les maladies de l'oreille et leur traitement par A. Hartmann. (In-8° de 281 pages, 5e édition, revue et augmentée avec 48 figures, librairie médicale Fischer, H. Kornfeld, Berlin 1892).

Deux cas de perforation de l'antre mastoïdien d'après Bezold, par Guye (*Zeits. f. Ohrenheilk*, Bd XXIII, p. 1, 1892).

Statistique de l'otite moyenne, par Heinemann (*Dissert. Inaug. Goettingue*, 1891).

L'influenza et l'oreille, par Laskowski (*Dissert. Inaug. Koenigsberg*, 1892).

Carie du rocher, par Merkel (*Dissert. Inaug. Goettingue*, 1892).

Maladies d'oreille dans l'influenza, par Pfahl (*Dissert. Inaug. Bonn*, 1892).

Relations entre l'oreille et les dents, par Pollak (*Centr. f. d. gesam, Therapie*, mai. 1892).

Recherches anatomiques sur les deux rochers d'une fillette morte 3 ans après avoir été atteinte d'une surdité complète consecutive à la scarlatine. Mort de méningite suppurée, basilaire et convexe, par Moos (*Zeits. f. Ohrenheilk.* B I XXXIIII, h. 1, 1892).

Perforations traumatique de la membrane du tympan, par Nothers (*Zeits. f. Ohrenheilk.* Bd XXIII, h. 1, 1892).

Sur l'otite de l'influenza, par Schwabach (*Deuts. Med. Woch.*, n° 19, 1892).

Digitized by Google

Ohrenaertzliche Mittheilungen. I. Ueber Otitis media acuta migrans. II. Ueber eine heilungs befördernde Complication der acuten eiterigen Paukenhoehlenentzündung. — Communications otologiques : I, Sur l'otite moyenne aiguë migrante. II. Sur une complication contribuant à la guérison de l'inflammation suppurée aiguë de la caisse du tympan, par S. Szenes (*Allgem. Wiener Med. Zeitung*, 14 juin 1892).

Le microphone peut-il être employé avec avantage dans la construction d'un appareil pour améliorer l'audition? par Lange (*Deuts. Med. Woch.*, 14 avril 1892).

Handbuch der Ohrenheilkude für Aerzte und Studirende. — Manuel d'otologie à l'usage des médecins et des étudiants, par W. Kirchner, (*F. Wreden*, éditeur, Berlin 1892).

Die Bedeutung der Incisurae Santorini als Schutzvorrichtungen.— Valeur de l'incisure de Santorini comme garantie préventive, par Ostmann (*Archiv f. Ohrenh.* Bd 33, h. 3 u. 4, 1892).

Beitrage zur operativen Casuistik der bei tuberculose und Morbillen auftretenden Warzenforsatzerkrankungen. — Contribution à la casuistique opératoire des affections mastoïdiennes survenant au cours de la tuberculose ou de maladies infectieuses, par Haug (*Archiv. f. Ohrenh.* Bd 33, h. 3 u. 4, 1892).

Ueber den Einfluss schwacher Schalleinwirkungen auf die akustische Empfindungsschwelle. — Sur l'influence des bruitsfaibles, sur les sensations acoustiques, par V. Urbantschitch (*Archiv. f. Ohrenh.* Bd 33, h. 3 u. 4, 1892.

Weitere Mittheilungen über die Hammer Ambossextraction mit besonderer Rücksicht anf die Diagnose der Ambosscaries. — Nouvelles communications sur l'extraction du marteau et de l'enclume et en particulier sur le diagnostic de la carie de l'enclume, par Grunert (*Arch. f. Ohrenh.* Bd 33, h. 3 u. 4, 1892).)

Bericht über die erste Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft — Compte rendu de la première réunion de la Société allemande d'Otologie (17 et 18 avril 1892), par S. Szenes (*Arc. f. Ohrenh.* Bd 33 h. 3 u. 4, 1892).

Recherches physiologiques sur l'organe de terminaison du nerf auditif, par Ewald (*Zeits. f. Ohrenh.* Bd XXIII, h. 2, 1892).

Cinq cas d'abcès otitiques du cerveau avec une courte description de ces abcès en général, par Heiman (*Zeits. f. Ohrenh.* Bd XXIII, h. 2, 1892).

Contribution à la pathologie et au traitement de la sclérose du tympan, par Laaser (*Dissert. Inaug. Erlangen* 1892).

Histologie des polypes de l'oreille, par Niemack (*Dissert. Inaug. Leipzig*, 1892).

Rapport sur le traitement chirurgical des maladies de l'oreille, par E. Schmiegelow (*Zeits. f. Ohrenh.* Bd XXIII, h. 2, 1892).

Opérations pour améliorer les affections de la tête et de l'oreille et les vertiges occasionnes par le catarrhe chronique du tympan, par Sexton (*Zeits. f. Ohrenh.* Bd XXIII, h. 2, 1892).

Affections tuberculeuses de l'oreille, par Umpfenbach (*Dissert. Inaug. Erfurt*, 1892).

Epidermis membran. des Gehörganges. — Membrane epidermique du conduit auditif, par Treitel (*Berl. Med. Gesells.* 6 juillet; *Berl. Klin.*, *Woch.* 8 août 1892.)

Larynx et Trachée.

Sur l'intubation du larynx, par A. Rosenberg (*Berl. Klin. Woch.* 22 juin 1891).

Papillomes laryngiens multiples, par R. Koehler (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin's*, 12 janvier, *in Berl. Klin. Woch.*, 22 juin 1891).

Koch's Heilmittel in bezonderer Beziehung zur Kehlkopf Schwindsucht.

Digitized by Google

— Le remède de Koch dans la tuberculose laryngée, par Lennox Browne. Traduction allemande de Laves (In-8 de 105 pages; avec 50 figures, *S. Karger*, éditeur, Berlin, 1891).

Ventriloquie, par Wagner (*Münch. Med. Woch.*, n° 17, 1891).

Théorie de la ventriloquie, par Bleuler (*Munch. Med. Woch.*, n° 21, 1891).

Bericht über die im Kalenderjahre 1890 in der Prof. Gottstein'sche Privatpoliklinik für Hals, Nasen und Ohrenkrankheiten behandelten. — Rapport sur les maladies traitées en 1890 à la polyclinique privée pour les maladies de la gorge, du nez et de l'oreille du Prof. Gottstein, par R. Kayser, avec une préface de Gottstein (*Monats. f. Ohrenh*, etc., juin et juillet 1891).

Laryngite hémorragique, par Treitel (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juin 1891).

Tuberculose du larynx guérie par la tuberculine, par Strübing (*Greifswalder Med. Verein*, 6 juin; *in Wiener Klin. Woch*, 16 juillet 1891).

Experimentelle Untersuchungen zue Lehre der Kehlkopflalhmungen. — Recherches expérimentales sur les paralysies du larynx, par Onodi (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mai et juillet 1891).

Etude sur la marche de 40 cas de tuberculose du larynx traités par la tuberculine, par Grabower (*Deuts. Med. Woch.*, 9 juillet, 1891).

Recherches anatomiques sur l'oedème du larynx, par Hajek (*Arch. f. Klin. Chir.* XLII, 1).

Un nouveau miroir pour l'examen du larynx et du naso-pharynx, par Harke (*Deuts. Med. Woch.*, 9 juillet 1891).

Bericht über die Behandlung der croupösen Larynxstenose mittelst Intubation nach O'Dwyer. — Rapport sur le traitement des sténoses laryngées croupales par la méthode d'intubation de O'Dwyer, par E. Pfeiffer (*Weener Klin. Woch.*, 6 août 1891).

Abcès laryngés idiopathiques, par Irsay (*Int. Klin. Rundschau*, n° 27, 1891).

Tuberculöse Larynxgeschwülste. — Tumeurs tuberculeuses dularynx, par G. Avellis (*Deuts. Med. Woch.*, n°s 32 et 33, 1891).

Stimmbandlaehmung und Icterus. — Paralysie descor des vocales et ictère, par F. Kapper (*Wiener Med. Presse*, n° 17, juillet 1891).

Ueber den Einfluss der Tracheotomie auf Larynx affectionen. — Influence de la trachéotomie sur les affections laryngées, par A. Kuttner (*Berl. Klin. Woch.*, 31 août 1891).

Weitere Beobachtungen von indirecten Kehlkopffracturen ins besondere durch Sturz auf den Kopf. — Nouvelles observations de fractures indirectes du larynx, provoquées surtout par des coups sur la tête, par E. v. Hofmann (*Wiener Klin. Woch.*, 3 sept. 1891).

Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes der Luftroehre, der Nase und des Rachens. — Leçons sur les affections dularynx, de la trachée, du nez et du pharynx, par L. Schroetter (*fasc. IV et V. W. Braumuller*, éditeur, *Vienne*, 1889 et 1891).

Ueber Cystenbildung in Stimmband polypen. — Sur la formation de kystes dans les polypes des cordes vocales, par O. Chiari (Communication à la 64e réunion des Nat. et Méd. allemands. *Halle s/S.* septembre 1891).

Stammeln als Folge von Stottern. — Balbutiement consecutif au bégayement, par L. Treitel (*Berl. Klin. Woch*, 23 septembre 1891).

Acute Laryngitis in Folge von Aetzung durch Quecksilber jodid. — Laringite aiguë consécutive à une cautérisation à l'iodure de mercure, par Kanasugi (*Berl. Klin. Woch.*, 7 septembre 1891.

Preparation d'un carcinome du larynx, par H. Krause (*Gesells. der Charité-Aerzte zu Berlin*, 30 avril, *in Berl. Klin. Woch.*, 7 septembre 1891).

Tuberculose du larynx traitee par la methode de Koch, par Renvers (*Verein f. innere Med. zu Berlin*, 9 mars; *in Berl. Klin. Woch.* 7 septembre 1891).

Contribution à l'histologie des polypes du larynx, par Neuenborn (*Dissert. Inaug. Kœnigsberg*, 1891).

De la pachydermie laryngée, par Polewsky (*Dissert. Inaug. Breslau*, 1891),

Digitized by Google

Ein grosser Varix ander linken Plica ary-epiglottica. — Une grosse varice du repli ary-épiglottique gauche, par G. Juffinger (*Wiener Klin. Woch.*, 15 octobre 1891).

Die Entwicklung der Lehre von den motorischen Kehlkopflaemungen seit der Einfuhrung des Laryngoscops. — Le développement de l'étude des paralysies motrices du larynx depuis l'introduction du laryngoscope, par F. Semon (*Festschrift Rudof Virchow; Hirschwald*, éditeur, *Berlin*, 1891).

Klinische Beitrage zur halbseitigen Kehlkopflaehmung. — Contributions cliniques à la paralysie unilatérale du larynx, par G. Avellis (*Berliner Klinik, h.* 40, librairie *Fischer, Kornfeld, Berlin*, 1891).

Zur Behandlung der Pachydermia laryngis. — Traitement de la pachydermie laryngée, par J. Scheinmann (*Berl. Klin. Woch.*, 2 novembre 1891).

Extirpation totales du larynx dans des cas de cancers, par Hochenegg et V. Eiselsberg (*K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 30 octobre; *Allgem. Wiener Med. Zeit.* 10 novembre 1891).

Fernere Beitraege zur vollständigen Resorptions faehigkeit tuberculöser infiltrate. — Nouvelles contributions à la faculté de résorption totale des infiltrations tuberculeuses, par T. Heryng (*Berl. Klin Woch.*, 16 novembre 1891).

Cursus der laryngoscopischen und rhinoscopischen Technik. — Cours de technique laryngoscopique et rhinoscopique, par G. Avellis. (Vol. in-8° de 131 pages, avec 49 figures; librairie Fischer, H. Kornfeld, *Berlin*, 1891).

Circumscripte Keratose im Larynx. — Kératose circonscrite du larynx, par G. Juffinger (*Wiener Klin Woch.*, 19 novembre 1891).

Beitraege zur Chirurgie der oberen Luftwege und Annexa. — Contributions à la chirurgie des voies aériennes supérieures et de leurs annexes, par Grünwald (*Münch. Med. Woch.*, 19 novembre 1891).

Recherches anatomiques sur l'œdème du larynx, par E. Zuckerkandl (*Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir.* T. XLII, fasc I, 1891).

Laryngologische Mittheilungen. Communications laryngologiques, par B. Baginsky (*Berl. Klin Woch.*, 7 décembre 1891).

Oedème du larynx après l'emploi de l'iodure de potassium, par P. Heymann (*Soc. de Laryng. de Berlin*, séance du 20 novembre 1891).

Condylômes du larynx, par Scheinmann (*Soc. de Laryng. de Berlin*, séance du 20 novembre 1891).

Sclérose cérébro-medullaire avec tremblement intentionnel des cordes vocales, par Krzywicki (*Soc. de Laryng. de Berlin*, séance du 20 novembre 1891).

Action pervertie des cordes vocales, par Scheier (*Soc. de Laryng. de Berlin*, séance du 20 novembre 1891).

Der Uebergang des Stimmbandes von der Medianstellung zur Cadaverstellung bei Recurrenslaehmung. — Du passage de la position médiane de la corde vocale à la position cadavérique dans la paralysie recurrentielle, par R. Wagner (*Virchow's Archiv. f. path. Anat. und Physiol.*, p. 271, Bd 126, h. 2, 3 novembre 1891).

Tubage du larynx dans la diphtérie, par J. Gottfried (*Therap. Monatshefte*, juin 1891).

Intubation du larynx, par O. Seifert (*Therap. Monatshefte*, p. 360, 1891).

Contribution à l'étude de l'action des sels de cantharidine, par T. Heryng (*Therap. Monatshefte*, novembre 1891).

Contribution à la technique du traitement mécanique des sténoses laryngées, par L. Lublner (*Therap. Monatshefte*, novembre 1891).

Intubation dans les stenoses laryngées diphteritiques, par Aronson (*Archiv. f. Kinderheilk*, Bd 13, h. 4, 5 u. 6).

Trachéotomies, par Baginsky et Glück (*Arch. f. Kinderheilk*, Bd 13, h. 4, 5 u. 6).

Ueber Kehlkopftuberculose im Kindesalter. — Tuberculose laryngée chez l'enfant, par Rheindorff (*Iahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, p. 7).

Digitized by Google

Pathologie und Therapie des Rachens, der Nasenhoehlen und des Kehlkopfs. — Pathologie et thérapeutique du pharynx, des cavités nasales et du larynx, par F. Massei. Traduction allemande de E. Fink. (Un vol de 240 pages ; Félix, *Leipzig*, 1892).

Versuche am nervus laryngous superior des Pferdes. — Expériences sur le nerf laryngé supérieur du cheval, par L. Breisacher et Th. Guetzlaff (*Centralblatt f. Physiol.* p. 273, 1891).

Le miroir de contrôle en laryngologie, par Killian (*Münch. Med. Woch.*, p. 571, 1891).

Ueber centrale Sprach, Schreib und Lesestörungen. — Troubles centraux de la parole, de l'écriture et de la lecture, par A. Goldscheider (*Berl. Klin. Woch.*, 25 janvier 1891).

Demonstration der Präparate eines Falles von eigenartiger Ulcerationsbildung im Larynx und der trachea. — Présentation d'un cas deformations d'ulcérations dans le larynx et la trachée, par M. Rothmann (*Berl. Med. Gesells.*, 16 décembre 1891 ; *Berl. Klin. Woch*, 24 janvier 1892).

Expériences sur le traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par la tuberculine, par Lenzmann (*Deuts. Med. Woch.*, 24 decembre 1891).

Ueber den gegenwärtigen Stand der Aphasie. — Sur l'état actuel de la question de l'aphasie, par E. Moeli (*Med. Pädag. Monats. f. d. gesammte Sprachheilk.*, février 1892).

Ueber die Beziehungen zwischen Pachydermia laryngis, und tuberculose. — Rapports entre la pachydermie laryngée et la tuberculose, par P. Michelson (*Berl. Klin. Woch.*, 15 janvier 1892).

Casuistischer Beitrag zum Capitel der Laryngofissur. — Contribution casiustique au chapitre de la laryngofissure par R. Koehler (*Berl. Klin. Woch.*, 22 février 1892).

Affection syphilitique du larynx et du pharynx chez un tabétique, par Lewin (*Berlin Derm. Vereinigung*, 3 mars 1891 ; *Berl. Klin. Woch.*, 22 février 1892).

Totale Kehlkopf Exstirpation und Resection des Oesophagus wegen Carcinome laryngis Oesophagoplastik Ein neuer Sprechapparat. — Extirpation totale du larynx et résection de l'œsophage pour un carcinome du larynx. Œsophagoplastie. Un nouvel appareil pour faire parler, par J. Hochenegg (*Wiener Klin. Woch.*, 25 février 1892).

Wesen und Werth der Liebreischen Serumtherapie. Nature et valeur du traitement de Liebreich par le sérum, par A. Hennig. (Un vol. de 96 pages avec 9 gravures sur bois, 2 courbes de température et une courbe d'albumine, A. Langkammer, éditeur, *Leipzig*, 1892).

Contribution à l'intubation du larynx, par Petersen (*Deuts. Med. Woch.*, n° 9, 1892).

Intubation du larynx, par J. Bokai (*Iahrb. f. Kinderkeilk*, février 1892).

Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes. Formes très rares de périchondrite du larynx, par E. Baumgarten (*Wiener Med. Wochens*, n° 7, 1892).

Un cas d'enrouement, par Rosenberg (*Deuts. Med. Woch.*, n° 9, 1892).

Carcinome du larynx et du pharynx, par Scheinmann (*Deuts. Med. Woch.*, n° 6, 1892).

Sténose trachéale produite par la section de la trachée, par Wagner (*Münch. Med. Woch.*, n° 10, 1892).

Sur la voix des petits enfants, par Treitel (*Centr. f. Physiol.*, v. 15, p. 415).

Sur une forme spéciale d'affection laryngienne, par G. Gerhardt (*Arch. f. Pathol. Anat.*, XXV, 1).

Ueber die Beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie. — Sur les rapports de l'atrophie cérébrale sénile avec l'aphasie, par Pick (*Prager Med. Woch.*, 20 avril 1892).

Digitized by Google

Ueber Kehlkopffracturen. — Sur les fractures du larynx, par Scheier (*Freie Vereinigung der Chir. Berlins*, 16 novembre 1891 ; in *Berl. Klin. Woch.*, 25 avril 1892).

Zwei Fälle von Pachydermia verrucosa laryngis. — Deux cas de pachydermie verruqueuse du larynx, par Ed. Meyer (*Berl. Klin. Woch.*, 9 mai 1892).

Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. — Sur la tranmissions centripète du nerf laryngé inferieur et la position médiane pathologique de la corde vocale, par H. Krause (*Berl. Klin. Woch.*, 16 mai 1892).

Ueber primäre Entzündungen im und am Cricoarytänoidalgelenk. — Sur les inflammations primitives de l'articulation crico-aryténoïdienne, par L. Grünwald (*Berl. Klin. Woch.*, 16 mai 1892).

Emploi de l'électrolyse dans les affections des voies aériennes supérieures, par Grünwald (*Deuts. Med. Woch.*, n° 18, 1892).

Sur l'opération du croup chez les nourrissons, par Hagen (*Deuts. Zeits. f. Chir.* T. XXXIII, fasc. 2 et 3, 1892).

Ueber einen Fall von totalers Kehlkopfsextirpation. (Sur un cas d'extirpation totale du larynx, par J. Wolff (*Berl. Klin. Woch.*, 23 mai 1892).

Subglottisches sarcom des Larynx, intralaryngeal operirt und geheilt. — Sarcôme sous-glottique du larynx opéré par la voie intra-laryngée, guérison, par J. Schommann (*Berl. Klin. Woch.*, 23 mai 1892).

Diagnostic et traitement du cancer du larynx, par Gottstein (*Deuts. Med. Woch.*, n° 19, 1892).

Serienschnitte und Mikrophotographien von einem Stimmbande mit einem kleinen Knötchen von 1 mm. Durchmesser von blauer Farbe am freien Rande. — Coupe sen série et microphotographies d'une corde vocale portant à son bord libre un petit nodule bleu de 1 m/m de diamètre, par O. Chiari (*K. K. Gesellsch. des Aerzte in Wien*, 6 mai ; in *Wiener Klin. Woch.*, 26 mai 1892).

Extraction de papillomes multiples du larynx chez l'enfant au moyen d'une nouvelle méthode ; intubation avec un tube fenêtré, par Lichtwitz (*Deuts. Med. Woch.*, n° 20, 1892).

Syphilis du larynx, par Boettcher (*Deuts. Med. Zeitung.*, p. 1054, 1892).

I. Laryngoscope pour les animaux domestiques. II. Injection intratrachéale chez les animaux domestiques, par Hoffmann (*Med. Corresp. Blatt d. Wurtemb. aerzte Landesverein*, 4, 1892).

Un cas de gangrène de la trachée, par Linch (*Dissert Inaug: Kiel*, 1892).

Extirpation totale et partielle du larynx, par Loeb (*Dissert. Inaug. Bonn.*, 1891).

Remarques sur l'emploi de la trachéotomie, par Grosz (*Pester Med. et Chir. Presse*, n° 1, 1892).

Trois cas d'actinomycose du larynx, par Mündler (*Bruns Beitraege zur Klin. Chir. Bd* 8).

Œdème laryngien à la suite de l'emploi de l'iodure de potassium, par E. Baumgarten (*Deuts. Med. Woch.*, n° 9, 1892).

Ueber die chirurgische Behandlung der Larynxschwindsucht. — Sur le traitement chirurgical de la phtisie laryngée. Leçon d'ouverture du 13 juin 1892, par R. Kafemann (broch. de 9 pages) (A. W. Kafemann, *Danzig*, 1892).

Résultats de la trachéotomie dans le croup et la diphtérie, par E. Sattler (*Beitraege z. Klin. Chir.*, p. 92, t. VIII).

Résultats du traitement par la cantharidine, par Kahn (*Therap. Monatsh.*, n° 5, 1892).

Sclérose des voies aériennes, par Moskowitz (*Pester Med. Chir. Presse*, n° 6, 1892).

Prophylaxie de la tuberculose des poumons et du larynx, par Frühstuck (*Dissert. Inaug. Gottingue*, 1891).

Digitized by Google

Intubation du larynx dans les sténoses aiguës et chroniques, par E. Schmiegelow (*Monats. f. Ohrenh.*, etc, nos 1, 2, 3, 4 et 5, 1892).

Cas de guérison de chorée du larynx, par Meyjes (*Monats. f. Orenh.*, etc., mai 1892).

Die tuberculosen Kehlkopfstenosen and ihre Behandlung. — Traitement des sténoses tuberculeuses du larynx, par E. Kraus (*Allg. Wiener Med. Zeit*, 19 et 26 juillet et 2 août 1892).

Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. — Sur la transmission centripète du nerf laryngé inférieur et la position pathologique médiane de la corde vocale, par H. Burger (*Berl. Klin. Woch.*, 25 juillet 1892).

Atlas der Kehlkopfkrankheiten. — Atlas des maladies du larynx, contenant 343 figures sur 37 planches en couleur et 25 dessins exécutés d'après nature et expliqués par R. Krieg (F. Enke, éditeur, *Stuttgart*, 1892).

Tuberculose de la paroi postérieure du larynx, par Keller *Münch. Med. Woch*, nos 23, 24 et 25, 1892).

Aphonie spasmodique, par Onodi (*Pest. Med. Chir. Presse*, n° 14, 1892).

Contribution à l'étude de la laryngite hypoglottique chronique hypertrophique, par Rübsamen (*Dissert Inaug. Kœnigsberg*, 1892).

Sur la fracture du larynx, par Szoldrski (*Dissert. Inaug. Wurzburg*, 1892).

Die Störungen der Sprache und Stimme bei Paralysis agitans. — Les troubles de la parole et de la voix dans la paralysie agitante, par A. Rosenberg (*Berl. Klin. Woch.*, 1er août 1892).

Die Laryngectomie an der Kocher'schen Klinik zu Bern. — La laryngectomie à la clinique de Kocher, à Berne, par Lanz (*Arch. f. Klin. Chir.*, *Bd* XLIV, p. 1, 1892).

Balbuties mit Rhinolalia aperta. Bermerkungen zur Pathologie und Therapie dieser Sprachstörungen im Anschluss an die Erörterung einer Krankengeschichte. — Balbutiement avec rhinolalie ouverte. Remarques sur la pathologie et le traitement de ces troubles de la parole comme adjonction à la discussion d'une observation, par E. Winckler (*Med. Padag. Monats. f. gesam. Spracheilk*, août et septembre 1892).

Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn, Dr H. Burger; Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior, etc. — Remarques sur la communication du Dr Burger; sur la transmission centripète du nerf laryngé supérieur, etc., par A. Onodi (*Berl. Klin. Woch.*, 8 août 1892).

Kehlkpofbefund bei einer traumatischen Neurose. — Examen du larynx dans un cas de névrose traumatique, par B. Holz (*Berl. Klin. Woch.*, 15 août 1892).

Cinq cent soixante et onze trachéotomies chez des diphtériques, par Habs (*Deutsch. Archiv. f. Klin. Med.*, t. XXXIII, fasc. 6, 1892).

NOUVELLES

Prix Lenval (mise au concours du).

1. Monsieur le baron Léon de Lenval, à Nice, offre la somme de 3,000 francs comme prix accordé à l'auteur de la meilleure application des principes microphoniques à la construction d'un appareil facilement portatif et améliorant la faculté d'audition des malades.

Digitized by Google

2. Les instruments destinés à concourir pour ce prix doivent être envoyés avant le 31 décembre 1892 au président du jury ou à M. le professeur Victor v. Lang à Vienne.

3. Seront seuls admis à concourir, pour ce prix, des instruments complètement achevés. Lors de l'examen, il sera tenu compte de la perfection de la construction mécanique, de la juste observation des lois de la physique et principalement de l'amélioration de la faculté auditive produite par ces appareils.

4. La publication du jugement du jury, ainsi que la remise du prix, aura lieu au 5e Congrès international d'otologie à Florence en septembre 1893.

5. Si aucun instrument n'était reconnu digne du prix, le jury se réserve le droit de provoquer un nouveau concours, sauf le droit réservé par M. de Lenval de disposer autrement du prix.

Les membres du jury :

Prof. Adam Politzer, président du jury, Vienne
Prof. Victor v. Lang, Vienne.
Dr Benni, Varsovie (16 Bracka).
Dr Gelle, Paris (4, rue Sainte-Anne).
Prof. Urban Pritchard, Londres.
Prof. St. John Roosa, New-York.
Dr V. Grazzi, Florence.

Le Dr G. Juffinger, privat docent de laryngologie et d'otologie, est chargé d'un cours à l'Université d'Innsbruck.

En raison de l'épidémie cholérique, la réunion des naturalistes et médecins allemands qui devait avoir lieu à Nuremberg au mois de septembre dernier, a été renvoyée à l'année prochaine.

Société de Laryngologie, Otologie et Rhinologie de Paris.

Ordre du jour de la séance du 4 novembre.

Trois faits de névropathies liées à des troubles auriculaires et à la surdité, par Gellé. — Contribution à l'étude de l'hydrorrhée nasale, par Lichtwitz.

Vin de Chassaing. (Pepsine et diastase.) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Digitized by Google

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée.) — Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Affezione dell'orecchio interno nella parotite (Affections de l'oreille interne dans la parotite), par G. GRADENIGO (Extrait de la *Riv. veneta di Sc. med.*, 1892).

Mechanism versus surgery in the treatment of congenital cleft Palate (Mécanisme chirurgical dans le traitement de la perforation palatine congénitale), par R. OTTOLENGHI (Extrait du *Brooklyn Med. Journ.*, août 1891).

Adenoïd growths, Mouth Breathing, and Thumb Sucking, in their relation to Deformities of the jaws and irregular Teeth (Végétations adénoïdes, respiration buccale et succion du pouce et leurs relations avec les déformations des mâchoires et les dents irrégulières), par N. W. KINGSLEY (Extrait du *Dental Cosmos*, janvier, février, mai et juin 1892).

Zur Lehre von der Kopfkuochenleitung (Contribution à l'étude de la conductibilité des os de la tête, par A. BING. (Tirage à part des *Wiener Med. Blaetter*, nos 31 et 32, 1892).

Digitized by Google

Sulla profilassia del sordomutismo (Sur la prophylaxie de la surdimutité), par G. Gradenigo (Extrait du *Sordomuto*, nos 3-4, 1892).

Précis de diagnostic chirurgical (examen clinique, pronostic, traitement), par A. F. Plicque (Un vol. de 693 pages; prix : 8 francs, G. Steinheil, éditeur, Paris, 1893).

Pavillon de l'oreille chez les sujets sains, par M. Lannois (Broch. de 7 pages. A. Storck, imprimeur, Lyon, 1892).

Syphilis of the lingual tonsil (Syphilis de l'amygdale linguale, par J. E. Newcomb (Extrait du *Med. News*, 2 juillet 1892).

Notes on a case of laryngeal vertigo (Notes sur un cas de vertige laryngé, par J. E. Newcomb (Extrait du *N. Y. Med. Journ.*, 10 septembre 1892).

Sur la valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge, par J. Garel (Extrait du *Lyon méd.*, 1892).

Lymphoma of the tonsils (Lymphôme des amygdales), par E. Cresswell Baber (Extrait des *Arch. of Otology*, n° 2, 1892).

Beitrag zur Actiologie und Therapie des Empyema antri Highmori (Contribution à l'étiologie et au traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore), par A. Kuchenbecker (*Dissert.*, *inaug. de Würzbourg*; imprimerie Marschner et Stephan, Berlin, 1892).

Note sur le pityriasis de l'oreille. Un traitement de cette affection, par Albespy (Tirage à part de la *Revue de lar., otol. et rhinol.*, n° 15, 1892).

Ein Beitrag zur Pathologie der entzündlichen Tonsillarprocesse (Contribution à la pathologie des processus tonsillaires inflammatoires), par A. Sokolowski et Z. Dmochowski (Tirage à part des *Deuts. Archiv f. Klin. Med.*, XLIX, 1892).

Quelques observations relatives à l'érysipèle du larynx, par Sokolowski (Extrait des *Arch. de laryngol.*, t. V, 1892).

De l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngiennes, par P. Helot (Extrait de la *Normandie médicale*, 1er octobre 1892).

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 63.11.92.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS INTRA-CRANIENS D'ORIGINE OTIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE — PATHOGÉNIE — TRAITEMENT

PAR

Lucien PICQUÉ
Chirurgien des hôpitaux
de Paris.

Ch. FÉVRIER
Médecin major
professeur agrégé à la
Faculté de médecine
de Nancy.

Une série de cas d'abcès cérébraux d'origine otique observés par l'un de nous dans les hôpitaux de Paris constitue le point de départ de cette étude.

Nous avons été frappés, au cours des recherches entreprises par nous à ce sujet, de l'insuffisance des documents fournis par les auteurs et du nombre considérable d'insuccès thérapeutiques (abcès méconnus, abcès recherchés sans succès).

C'est à combler en partie cette lacune, à l'aide des données les plus récentes de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, et à fournir quelques indications thérapeutiques utiles dans la pratique que nous nous sommes appliqués dans ce travail.

La fréquence des abcès intra-craniens d'origine otique peut être envisagée sous un double rapport :

1° Quelle est la part des abcès de cause otique dans le total général des abcès intra-craniens de tout organe;

2° Dans quelle proportion les sujets atteints d'affections

Digitized by Google

de l'oreille sont-ils frappés par cette redoutable complication.

I. — *Proportion des abcès d'origine otique dans le total général des abcès intra-craniens.*

Un fait digne de remarque, c'est que, avec les statistiques récentes, la fréquence des ces abcès augmente.

Ainsi dans l'article de Lebert (*Virchow. Archiv.*, 1856, vol., X,) qui renferme 80 cas, la proportion est d'un quart.

Dans le tableau synoptique de 76 cas donné par Wilham Gull et Sutton dans leur article abcès du cerveau, publié en 1872 dans le *Système de Médecine* de Reynold, on trouve 27 cas d'abcès d'origine otique, soit un peu plus d'un tiers.

Ball et Khrisaber, dans l'article cerveau du *Dictionnaire Encyclopédique*, avaient donné une proportion à peu près analogue.

Mais comme le fait remarquer Thomas Barr dans son intéressant mémoire (*Britsh. Med. Journ.*, 1887, p. 723), dans nombre de cas non attribués par ces auteurs à une cause otique, il est évident que l'oreille moyenne n'a pas été examinée, tandis qu'il y a en revanche quantité d'abcès attribués à un coup qui sont parfaitement compatibles avec une origine auriculaire. Ainsi il fait observer à ce propos que dans l'article de Reynold *dix cas* n'ont pas d'origine mentionnée. A cette époque en effet on examinait peu l'organe de l'ouïe, soit à la clinique, soit à l'amphitéâtre. En attribuant ces 10 cas à une origine otique, on aurait ainsi 37 abcès relevant de l'oreille sur 76, soit presque 50 0/0.

Les statistiques plus récentes vont nous donner un chiffre se rapprochant sensiblement de cette proportion. On connaît mieux les maladies de l'oreille et leurs complications et nous allons voir Newton, Pitt, constater l'augmentation de fréquence (*Brit. Med. Jour.*, 1890, I, p. 643), des complications cérébrales des maladies de l'oreille. Cet auteur compulsant les rapports de Guy's Hospital, de 1869 à 1888, trouve 57 cas de maladies de l'oreille terminés par la mort sous l'influence de complications cérébrales, et cela sur

Digitized by Google

9,000 autopsies pour décès de toute nature, ce qui donne une proportion de 0,66 0/0. Mais ce qu'il est intéressant de noter, c'est que 27 de ces cas se sont montrés dans les quatre dernières années, de 1884 à 1888. Pour cette période, le pourcentage des complications cérébrales d'origine auriculaire sur la mortalité générale serait de 2 0/0. Pitt s'étonne de cette augmentation dont il ne trouve pas la cause. Il est probable qu'elle tient à une connaissance plus complète de la relation qui existe entre les maladies de l'oreille et les lésions cérébrales. Autrefois il n'en était pas ainsi, « j'ai la conviction, dit Thomas Barr, que des gens meurent d'abcès du cerveau *d'origine otique sans que cette origine soit connue*, parce que l'entourage du patient ignore l'état de son oreille, ou parce qu'on ne juge pas digne de l'intérêt du médecin de mentionner ce qu'on appelle une oreille qui coule. »

Aujourd'hui, l'emploi plus fréquent du spéculum auris chez les malades atteints de troubles cérébraux rend ces surprises plus rares.

Barr, bien placé pour apprécier en connaissance de cause le point qui nous occupe, puisqu'il est chirurgien de l'hôpital des maladies de l'oreille de Glascow, estime, d'après sa propre observation et les cas qu'il a relevés dans la littérature médicale, de 1877 à 1887, qu'il faut attribuer largement la moitié des cas d'abcès du cerveau aux suppurations de l'oreille. Les *rapports annuels du Registre général* lui ont fourni cette notion que le nombre des morts de Londres, attribués à l'otorrhée et dont la plupart seraient dus à des abcès du cerveau, a été pour l'année 1882 de 86 : chiffre auquel il faut joindre pour les huit principales villes de l'Ecosse, pendant la même année, 26 décès dus à la même cause. Or il est évident, ainsi que le fait remarquer cet auteur, que ces chiffres déjà considérables ne représentent pas le nombre réel des victimes de cette maladie qui succombent annuellement à Londres et dans les principales villes de l'Ecosse.

En outre on doit dire que même aujourd'hui où l'origine otique des abcès cérébraux est mieux connue, un certain nombre de faits ne sont pas publiés. Ce sont ceux qui ont

Digitized by Google

été traités par la trépanation et dont l'issue a été fatale. Braun (cité par A. Hartmann, *Archiv. of. Otol.* 1891, p. 270), insiste sur ce point. Beaucoup de ces faits, dit-il, n'ont pas été publiés; il n'a pu en effet, en 1891, colliger que 7 cas mortels, dont deux empruntés à la clinique de Schwartz.

Ainsi tout contribue à diminuer le chiffre réel des cas d'abcès intra-craniens d'origine otique. Jusqu'à une époque relativement récente, il y a connaissance insuffisante de cette complication des écoulements de l'oreille; et aujourd'hui on dissimule les cas suivis d'échec opératoire. Il n'est donc pas téméraire de conclure avec Barker et avec Barr, que *plus de la moitié des abcès intra-craniens relèvent d'une origine otique.*

Cette conclusion est à notre sens des plus importantes : elle montre d'une part combien il est nécessaire de traiter chirurgicalement les suppurations même minimes de l'oreille moyenne, faisant ainsi la prophylaxie des suppurations intra-craniennes; d'autre part combien il est important, en présence des signes de la suppuration intra-cranienne, de rechercher l'origine otique, de façon à intervenir selon les règles que nous établirons par la suite.

II. — *Dans quelle proportion les affections de l'oreille donnent-elles naissance aux abcès intra-craniens.*

Jansen, assistant à la clinique universitaire des maladies d'oreille de Berlin (*Berliner Klin. Wochenschrif*, 1891, n° 49), nous a fourni des renseignements à cet égard. Il a constaté que pendant les trente derniers mois il s'est présenté à la clinique des maladies d'oreille de Berlin 2,650 affections aiguës de l'oreille moyenne, ayant donné 1 abcès aigu, 2,500 otorrhées chroniques ont donné 6 abcès, soit un peu moins de 1/400 cas. Cette statistique montre en outre que dans la genèse des abcès intra-craniens, les affections aiguës sont à peu près dans le rapport de 1 à 6, avec les suppurations chroniques.

Ces chiffres sont minimes et pour nous sans valeur. Les malades atteint d'abcès intra-craniens ne vont guère dans

Digitized by Google

les cliniques d'oreille, soit ainsi que nous le faisions pressentir plus haut, que la lésion otique passe inaperçue, soit le plus souvent en raison des troubles propres à la lésion. Cette question serait certes intéressante à trancher, mais pour les raisons précédentes elle nous paraît insoluble puisque présicément ce sont les lésions otiques non compliquées qui sont soignées dans les cliniques spéciales. Il faut donc se contenter des chiffres statistiques de Barker et de Barr touchant le pourcentage des abcès craniens d'origine otique.

Il est un autre point intéressant à noter.

Les abcès intra-craniens présentent-ils une fréquence variable suivant l'âge des sujets? Barker a bien étudié la question au point de vue des inflammations cranienes consécutives aux otites en s'appuyant sur les travaux de Burckner et Bezold, et il a prétendu que les complications intra-craniennes des suppurations de l'oreille présentaient un parallélisme parfait au point de vue de l'âge avec les cas d'otite moyenne suppurée.

Ainsi, sur 2,522 cas de suppuration de l'oreille moyenne vus par Bezold, 30 0/0 étaient des enfants et 70 0/0 des adultes.

Or, sur 37 cas de complications intra-craniennes fournies par deux hôpitaux de Londres, 11 étaient au-dessous de 15 ans, 26 au-dessus de cet âge, ce qui donne respectivement 30 0/0 pour les enfants et 70 0/0 pour les adultes, représentant exactement la proportion fournie par Bezold.

Sur 18 observations d'abcès du cerveau colligés par Newton-Pitt, 13 provenaient d'individus ayant de 10 à 29 ans, 1 seul sujet avait au-dessus de 40 ans.

Dans 24 observations que nous avons réunies dans ces deux dernières années l'âge est mentionné 21 fois.

Nous trouvons :	dans les 10 premières années....		4 cas.
—	de 10 à 20 ans	—	4 cas.
—	de 20 à 30 —	—	8 cas.
—	de 30 à 40 —	—	1 cas.
—	de 40 à 50 —	—	3 cas.
—	de 50 à 60 —	—	1 cas.

On voit qu'au-dessous de 20 ans nous trouvons 8 cas

Digitized by Google

d'abcès du cerveau. Au-dessus de cet âge nous en trouvons 13, soit environ 2 fois plus.

Notre statistique, il est vrai, ne porte que sur un petit nombre de faits. Elle concorde néanmoins avec les chiffres précédents et permet d'établir cette conclusion que les abcès cérébraux paraissent notablement plus fréquents chez les adultes que chez les enfants.

Au point de vue de la fréquence relative suivant le sexe, les hommes paraissent plus souvent atteints que les femmes. Ainsi Pitt, sur 18 cas, trouve 11 hommes et 7 femmes. Korner, d'autre part, établit qu'ils sont 2 fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Notre statistique nous donne 21 hommes et 1 femme.

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE nous montre que les abcès intracraniens d'origine otique peuvent être divisés en deux grands groupes :

1° Abcès extra-duremériens;

2° Abcès encéphaliques proprement dits.

C'est là une distinction capitale et qui n'a peut-être pas suffisamment attiré l'attention jusqu'ici. Nous les étudierons successivement.

1° *Abcès extra-duremériens.*

Jusque dans ces derniers temps, l'étude de la dure-mère et de sa participation aux maladies de l'oreille avaient été laissées un peu de côté. Pitt, Hoffmann, les premiers, ont appelé l'attention sur ce point et, plus récemment, Hessler, de Halle, dans un mémoire inséré dans les *Arch. f. Ohrenh.*, vol. XXVIII, 2e fasc., nous a fourni des documents intéressants.

Il nous montre d'abord qu'il y a peu de cas d'otites à terminaison fatale qui ne soient accompagnés de *pachyméningite purulente externe.* Sur 136 cas de ce genre, il n'en trouve, en effet, que 34, soit exactement le quart, où la dure-mère ne soit pas intéressée. Pitt avait trouvé 2 cas seulement sur 12, soit 1/6.

Quand le pus s'accumule en abondance entre la dure

Digitized by Google

mère et l'os et décolle la méninge du rocher, il y a formation d'un véritable *abcès*. Hessler en a réuni 53 cas.

Il résulte de leur étude, qu'au point de vue du siège, ces abcès se rencontrent aussi bien à droite qu'à gauche. Deux fois plus nombreux chez l'homme que chez la femme, c'est dans les vingt-cinq premières années de la vie qu'ils acquièrent leur maximum de fréquence.

Hessler regarde la majorité de ces abcès (41 sur 53) comme *secondaires* à la suppuration de la caisse, qui a gagné l'os peu à peu pour arriver jusque sous la dure-mère. En effet, comme l'a bien montré Barr, il y a là un foyer septique, séparé des méninges par un plan osseux, mince, transparent, percé d'ouvertures pour le passage des vaisseaux et des nerfs. Chez l'enfant même, il existe souvent une fissure à travers laquelle passe et descend avec les vaisseaux et les nerfs un prolongement de la dure-mère, qui se continue avec la membrane de la caisse. Il y a, en outre, des perforations pathologiques à la surface du rocher. Dans une observation très intéressante qui nous a été donnée par notre ami et distingué confrère le Dr Darde (d'Abbeville) cette perforation existait (voir obs. 1). L'abcès extra-duremérien est donc bien le résultat de la suppuration de la caisse. Il lui est secondaire.

Mais à côté de ces cas, Hessler pense qu'il en existe de *primitifs*. Ce sont ceux où il n'y a pas de communication fistuleuse entre la caisse et l'abcès. Celui-ci se serait développé en même temps que la suppuration de l'oreille moyenne. Ces cas sont moins nombreux : 12 sur 53, c'est-à-dire un peu moins d'un quart.

Cette distinction paraît bien théorique et nous ne la signalons que pour mémoire. Aujourd'hui nous savons bien la pathogénie de ces abcès, pathogénie que nous avons tenu à esquisser plus loin. Avec les données récentes, qu'a-t-on besoin d'une communication fistuleuse vraie entre l'abcès et la caisse.

Pour nous, cette suppuration ne saurait dans aucun cas être primitive : elle ne peut être que secondaire ou concomitante.

Digitized by Google

Quoi qu'il en soit, sur les 41 *abcès secondaires* la fistule osseuse se trouvait :

25 fois sur la face postérieure du rocher.
6 — toit de la caisse.
1 — paroi antérieure.
1 — paroi antérieure et postérieure.
8 siège non indiqué.

Les abcès *primitifs* nous donnent comme siège :

6 la face postérieure du rocher.
2 — antérieure.
1 le toit de la caisse.
3 sans siège précis.

On voit que ces abcès méritent d'être signalés. Mais il est un point sur lequel nous devons insister, c'est qu'ils sont parfois associés à des abcès des lobes et du cervelet auxquels ils peuvent servir de point de départ.

Pitt (*loc. cit.*) est de cet avis. Les abcès du lobe temporo-sphénoïdal qui sont, dit-il, de beaucoup les plus communs, sont associés souvent (1) avec une inflammation et une mortification de la dure-mère sur la surface antérieure du rocher, ou une collection de pus situé en dehors de cette membrane. Barr, Jansen, Braun, etc., ont rapporté des faits de ce genre.

Cette coexistence nous paraît fort importante à signaler : d'une part, elle explique aisément la formation des foyers encéphaliques (voir pathogénie) et, d'autre part, elle conduit à des conséquences thérapeutiques considérables.

Dans les 2 observations de M. Darde (voir plus loin), il existait 2 foyers, mais le foyer encéphalique était, dans ces 2 cas remarquables, beaucoup plus important que le foyer péripétreux.

L'abcès extra-duremérien évolue de façon variable. Quelquefois il y a une sorte de défense spontanée, par un épaississement de la dure-mère, qu'on rencontre fréquemment à

(1) 2 fois seulement sur 12 abcès du lobe temporal; la dure-mère était saine, dans 8 elle était mortifiée (Sloughing) dans 2 enflammée, dans 1 il y avait un abcès extradural.

Digitized by Google

la suite d'otorrhée chronique. Mais dans d'autres cas moins heureux, soit que cet épaississement soit insuffisant, soit qu'il y ait perforation par ramollissement ou mortification de la méninge, le pus fait irruption dans la cavité arachnoïdienne et diffusant rapidement, produit la méningite purulente. Newton Pitt cite un bel exemple de ce genre. On trépane un enfant de 12 ans au-dessus de la racine postérieure du zygoma. La surface antérieure du rocher mise à nu, on voit sourdre quelques gouttes de pus. En gougeant un peu plus en arrière, on donne issue à un drachme et demi de pus collecté entre la dure-mère et l'os. Mort dix jours après. L'autopsie montre le cervelet baignant dans un vaste abcès de la fosse postérieure. La dure-mère était ramollie et *perforée* et, à travers cette ouverture, l'abcès s'était écoulé à la surface du cervelet (*Brit. med. j.*, 22 mars 1890). Mais d'ailleurs cette perforation n'est pas plus nécessaire que précédemment (abcès extra-dural consécutif à l'otite) et la méningite aiguë peut n'être que le résultat de l'extension du processus infectieux par invasion microbienne intense.

2° *Abcès intra-duremériens ou encéphaliques.*

Les abcès encéphaliques d'origine otique peuvent siéger dans différents points du cerveau. Lobe temporo-sphénoïdal, centre oval, cervelet, pont de Varole, pédoncules cérébelleux. Ils ont cependant deux sièges de prédilection : les lobes temporaux et le cervelet. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que les abcès cérébraux sont plus fréquents que les abcès cérébelleux.

Ainsi, Barr réunit 76 cas épars dans la littérature médicale et trouve :

SIÈGE.	NOMBRE.	POUR CENT.
Lobe moyen	55	73 0/0
Cervelet	13	23
Cervelet et cerveau	4	3
Pont de Varole	2	1
Pedoncule cérébelleux	1	

Digitized by Google

Newton Pitt, dans une statistique plus récente prise dans les rapports de Guy's Hospital, relève 18 cas d'abcès siégeant :

2 dans le centre oval.
12 dans le lobe temporo-sphénoïdal.
3 dans le cervelet.
1 dans le pont de Varole.

7 abcès examinés par Jansen donnent :

4 abcès dans le cervelet.
3 dans le lobe temporo-sphénoïdal.

19 cas d'abcès encéphaliques relevés par nous dans les 30 derniers mois nous fournissent :

Lobe temporo-sphénoïdal.....	12 cas.
Lobe frontal.....	1
Lobe occipital.....	2
Cervelet.....	4

En additionnant ces différents groupes d'observations nous trouvons :

SIÈGE	NOMBRE
Lobe moyen.....	82 cas.
Lobe frontal.....	1
Lobe occipital.....	2
Cervelet.....	24
Cervelet et cerveau.....	4
Pont de Varole.....	3
Pédoncule cérébelleux.....	1
Centre ovale.....	2
Total.....	119

Nous aurions pu grossir encore ce total en y'ajoutant des statistiques antérieures (1). Mais nous avons préféré nous en tenir à des faits récents. La statistique de Barr, qui date déjà de 1889, ayant pu comprendre des faits déjà relevés par Lasegue, Barker, etc., ce qui nous aurait amené à compter plusieurs fois la même observation.

En réunissant tous les abcès appartenant au cerveau,

(1) Notre cher collègue et ami Gérart-Marchant a publié, entre autres, plusieurs faits intéressants à la *Société anatomique* (1875-76-79).

Digitized by Google

nous trouvons 91 cas. Les abcès du cervelet constituent 29 faits, de sorte qu'ils représentent à peu près le quart du total des abcès encéphaliques.

Gull et Sutton avaient admis dans leur statistique que les abcès étaient plus fréquents du côté droit que du côté gauche. Cette prépondérance niée par Pitt, qui la considère comme accidentelle, ne se retrouve pas non plus très marquée dans notre statistique. Sur 18 cas d'abcès encéphaliques, où le côté est noté, nous trouvons 8 abcès du côté gauche et 10 du côté droit.

L'abcès, dans l'immense majorité des cas, siège du même côté que la lésion. On a cité, il est vrai, des faits d'abcès siégeant du côté opposé. Nous verrons, en étudiant la pathogénie, l'explication de ces cas.

Nombre des abcès. — En mettant à part les abcès dus à la pyohémie, et qui ne doivent pas nous occuper ici, nous voyons que les *abcès encéphaliques* proprement dits sont généralement uniques. Il existe cependant des faits où à côté d'une collection importante il existe un abcès plus petit. L'un de nous a observé un fait de ce genre (1). En arrière d'un gros abcès du lobe temporal il en existait un plus petit, parfaitement isolé du premier. Watson-Cheyne (2) a trouvé, dans une situation identique, un petit abcès en arrière d'un abcès plus volumineux du lobe temporal. Nous pourrions citer d'autres faits où il y avait à la fois abcès du cerveau et du cervelet. Le mémoire de Barr en renferme 4 cas.

Mais il est une variété importante à rappeler, c'est l'association avec un abcès extra-duremérien d'un abcès encéphalique, qui en est souvent la conséquence, comme nous l'avons dit plus haut.

Cette multiplicité des abcès, quoique rare, méritait de nous arrêter un instant, car elle est très importante. Elle explique les cas d'insuccès après trépanation et évacuation d'une collection cérébrale. Nous retrouverons mieux placées à propos de la marche et du traitement les conclusions qu'il faut en tirer.

(1) Picqué. *Ann. mal. de l'or. et du larynx.* 1890, p. 438.
(2) Watson-Cheyne. *Brit. méd. J.* 1890, p. 226.

Digitized by Google

Le *volume* des abcès encéphaliques est variable. On en trouve de très petits contenant à peine quelques gouttes ou un drachme de pus. Dans d'autres cas on voit les auteurs évaluer la quantité de pus à 1, 2, 3, 4 onces (Pritchard, Marth, Weyr, etc...) (1), deux cuillerées à café (Polo Boiffin), une cuillère à soupe (Jansen). Certains chirurgiens disent que la cavité a les dimensions d'une noix (Milligan et Hare), d'un œuf (Robin). Les dimensions, on le voit, sont variables. Mais le plus souvent la collection est assez volumineuse.

La *qualité* du pus varie également. Tantôt il est épais, jaunâtre, crémeux comme dans notre cas. Tantôt il est sanieux, verdâtre, fétide, mélangé de débris de cerveau. Barr a appelé l'attention sur cette fétidité qui est souvent notée.

Dans une observation de Watson-Cheyne le pus était d'une odeur horriblement repoussante, *fécaloïde*. Cette constatation fréquente est en contradiction avec l'opinion émise par Barker et Rohrer qui considèrent, comme nous le verrons à propos de la pathogénie, les écoulements fétides de l'oreille comme d'un pronostic bénin.

Nous devons maintenant dire un mot de *l'état des parois de l'abcès*. Nous savons d'une façon générale que presque tous les abcès profonds intra-cérébraux *à marche lente* sont enkystés par une membrane limitante fort nette qui arrête leur accroissement et retarde le moment de la rupture de la poche (Gérart-Marchant). Il en est presque constamment de même dans les abcès d'origine otique. Cette circonstance n'est pas toujours notée, ainsi que le fait remarquer Barr. Sur 76 cas l'enkystement n'est signalé que 9 fois. Mais dans 7 autopsies pratiquées par ce chirurgien, il y avait dans 3 cas une membrane limitante distincte encapsulant l'abcès et le séparant du tissu cérébral voisin. Dans notre cas il n'existait pas de paroi kystique apparente. Il en était de même dans les cas de Darde.

Les *abcès du cervelet*, dit Jourdanet (*Thèse*, page 27), sont plus souvent enkystés que diffus.

Il est vrai que le même auteur ajoute à la page suivante que les chirurgiens ne spécifient généralement pas les ca-

(1) L'once anglaise dépasse 31 grammes.

Digitized by Google

ractères des parois de la cavité. Deux observations en parlent, l'une pour en constater la présence (Parker), l'autre l'absence (Talamon). Nous pouvons y ajouter l'observation de Milligan et Hare, notant la présence d'une membrane limitante distincte ; et un fait de Bryden où l'absence de membrane est spécifiée.

On a cherché à établir, en s'appuyant sur des considérations anatomiques, la raison pour laquelle un abcès se développe tantôt dans le cerveau, tantôt dans le cervelet.

Dès 1851, Toynbee pensait que le siège de la suppuration intra-cranienne peut être en grande partie déterminée par la situation de la collection purulente dans le rocher ou son voisinage. Ainsi les lésions du conduit auditif externe et des cellules mastoïdiennes retentissent sur le sinus latéral et le cervelet : les suppurations de la caisse produisent une lésion du cerveau, les affections du vestibule et du limaçon causent les abcès de la moelle allongée.

Politzer (cité par Jourdanet) est d'avis que les abcès cérébelleux se développent plutôt dans la carie de la face postérieure du rocher que dans les affections de l'apophyse mastoïde.

Pitt fait jouer un rôle à la situation du sinus latéral qui, chez quelques sujets, est reporté en avant, de sorte que la partie postérieure de l'oreille moyenne et la paroi interne des cellules mastoïdiennes sont plus minces qu'à l'état normal, et c'est pour cela que la suppuration s'étend plutôt en arrière qu'en avant (1). C'est là, il faut bien le dire, une disposition exceptionnelle. Ricard (2) qui a soumis à une étude consciencieuse l'anatomie de l'apophyse mastoïde, rapporte que Hartmann a trouvé seulement 2 fois sur 100 cette position plus antérieure du sinus. Lui-même sur de nombreuses coupes qu'il a pratiquées ne l'a retrouvée qu'une fois.

Enfin, il faut mentionner en terminant une disposition anatomique signalée par Otto Korner (de Francfort) (3) chez les brachycéphales. On sait que chez les dolichocéphales la

(1) *Loc. cit.*, page 644.
(2) *Gaz. des hôp.* 1889, n° 23.
(3) *Archiv. für ohren.* Vol. XXXVIII, 3e liv.

Digitized by Google

fosse moyenne du crâne est plus élevée au-dessus du conduit auditif que chez les brachycéphales. Par suite le toit de la caisse est plus épais. Le contraire a lieu chez les brachycéphales où souvent le toit de la caisse est déchiré et présente ce qu'on a appelé une *déhiscence* spontanée. Cette disposition n'a jamais été retrouvée sur 39 dolichocéphales, tandis que 92 crânes brachycéphales examinés par l'auteur présentaient 9 fois cette anomalie, 1 fois elle était bilatérale. On conçoit que cette disposition anatomique favorise l'évolution des abcès vers la partie supérieure du rocher où il se forme une collection extra-duremérienne et le plus souvent un abcès du lobe temporal.

En résumé, il est fort difficile d'établir une règle invariable de la marche des suppurations du rocher dans tel point déterminé du cerveau suivant le point de départ. L'apophyse mastoïde, la partie postérieure du rocher, sa pointe, le conduit auditif externe ont pu donner naissance à des abcès cérébelleux. Nous trouvons même, dans la thèse de Gangolphe, 3 cas de Levrat, de Mathewson et de Smith où l'apophyse mastoïde était intacte. Tout ce que l'on peut dire à cet égard c'est que les lésions postérieures du rocher et celles de l'apophyse mastoïde ont plus de chances de fournir un abcès du cervelet. Celles de la partie supérieure de la caisse des abcès du cerveau. Mais cette probabilité existe seulement pour les suppurations par *continuité*. Les germes peuvent prendre par d'autres voies, des directions différentes, quel que soit le point de départ initial, ainsi que nous le verrons à propos de la pathogénie.

Nous n'insisterons pas sur l'évolution bien connue de l'apophyse mastoïde chez l'enfant où l'on trouve l'abcès temporal presque exclusivement, tandis que chez l'adulte l'abcès du cervelet devient plus fréquent.

La marche de ces abcès est progressive. Leur cavité s'aggrandit. Les parois de la poche s'amincissent et la rupture peut se faire soit dans la cavité de l'arachnoïde, soit vers la profondeur, dans les ventricules latéraux.

L'abcès encéphalique, quelque soit son siège, est le plus souvent associé à d'autres lésions, telles que méningite,

Digitized by Google

phlébite des sinus. A. Grandhomme, dans son intéressante thèse (1890), insiste sur ce point, tout en faisant remarquer que la phlébite avec abcès du cerveau est plus rare que la phlébite sans abcès.

Les abcès peuvent-ils *guérir spontanément ?*

Braun (1) discute cette question à propos d'un cas dans lequel une cavité *passablement longue du diamètre d'une plume* fut trouvé vide. Quoique des traces de modifications régressives soient trouvées dans les autopsies, ce fait est le seul où sans trépanation préalable ou évacuation, la cavité d'un abcès ait été trouvée avec des parois fermes, et vide de tout contenu. Nous ne l'avons citée que comme curiosité anatomique.

Pathogénie-Étiologie.

Un fait frappe tout d'abord à la lecture des observations, c'est l'*ancienneté* de l'otite suppurée. Si, dans quelques cas rares, on a vu l'otite aiguë être la source de complications cérébrales, comme dans les faits de Ferrier, de Schmiedt, de Grüber, de Wilson, etc... (2), dans l'immense majorité des cas, il en est tout autrement. La forme aiguë de l'inflammation purulente de l'oreille moyenne est très rarement, sinon jamais, dit Barker, la cause de la maladie intra-cranienne.

Dans différents cas que nous avons recueillis et où l'ancienneté de l'otite est mentionnée, nous ne trouvons que quatre observations où la maladie soit de date récente, de un à six mois. Dans la majorité des faits, l'affection remontait à 3, 6, 8, 12, 17, 25 ans. Chez un homme de 34 ans, dont Jansen a rapporté l'observation, l'otorrhée datait de l'enfance, et par conséquent remontait peut-être à 30 ans. Robin avait déjà constaté des abcès intra-craniens chez des malades souffrant de l'oreille depuis plus de vingt ans.

Il est difficile d'admettre, *a priori*, que le conduit auditif externe puisse en suppurant donner lieu à des complications cérébrales sans intéresser l'oreille moyenne. On comprend difficilement une suppuration exclusivement cantonnée dans

(1) Cité par A. Hartmann. (*Arch. of otol.* t. I, p. 702, 1891).
(2) Cités par R. Le Fort et Lehmann. (*Gaz. des hôp.* 26 mars 1892.)

Digitized by Google

le conduit auditif externe et laissant la caisse intacte. Le fait est rare, mais il existe, ainsi que le démontrent des faits bien observés dus à Toynbee, Kipp, Zaufal (1). En avant et en arrière du conduit externe existent des groupes de cellules désignés par Ricard (2) sous le nom de *groupe pétreux antérieur et groupe pétreux postérieur* pouvant devenir le point de départ d'une mastoïdite infectieuse et de lésions cérébrales consécutives. Mais ces faits sont des exceptions pathologiques citées à titre de raretés. On les compte et leur étude n'offre pas d'intérêt pratique. Ce qu'il faut dire et ce qu'il faut retenir, c'est que dans l'immense majorité des faits, c'est l'otite moyenne qui est en cause (3).

Il existe donc une inflammation suppurative de la caisse dans la grande majorité des cas. Comment produit-elle l'abcès extra-dural? On a invoqué des causes banales et sans valeur (un plongeon dans la mer, un soufflet sur l'oreille, un coup). Quelquefois il faut invoquer une tentative d'extraction d'un polype avec un instrument malpropre ou l'introduction d'un corps étranger. Il s'agit alors d'une contamination directe d'un foyer pathologique, souvent cette infection venue du dehors manque en apparence ; quoi qu'il en soit, la lésion de la caisse est elle-même d'origine microbienne et l'extension peut se faire selon les lois ordinaires.

Il se produit alors un gonflement rapide de la muqueuse une sécrétion plus abondante de pus. La tension du pus peut avoir une influence sur l'extension microbienne. Si celui trouve une libre voie d'écoulement au dehors, il peut n'y avoir d'autre accident qu'un réveil des douleurs et une otorrhée plus abondante. Dans d'autres cas au contraire, le gonflement vient fermer complètement un conduit auditif déjà rétréci par des polypes ou des amas épidermiques. « Il « y a, comme le dit très bien Newton-Pitt, *un drainage im-* « *parfait* de l'oreille moyenne et dépendances, qui amène le

(1) Cités par R. Le Fort et Lehmann. (*Gaz. des hôp.* 26 mars 1892.)
(2) *Gaz. des hôp.* 1889, n° 23.
(3) Chauvel (*Arch. Med. milit.*, 1892), dans une récente statistique, a montré la prédominance des lésions de l'oreille moyenne qui comptent pour 88, 5 0/0, alors que les affections de l'oreille externe se chiffrent par 4, 4 0/0.

Digitized by Google

« *pus sous tension*, d'où otalgie et céphalalgie. S'il n'y a pas « d'extension de l'inflammation en dehors du rocher, malgré « un état alarmant, les malades peuvent guérir, *l'échap-« pement* du pus finissant par se produire. »

Aussi voyons-nous notée, dans presque toutes les observations, la suppression de l'otorrhée au début des accidents C'est là l'origine probable de l'absurde préjugé naguère encore si répandu parmi les médecins, qu'il ne faut pas toucher aux otorrhées.

Si l'échappement du pus ne se produit pas au dehors, alors de dangereuses migrations peuvent avoir lieu. Divers mécanismes peuvent être invoqués. L'anatomie pathologique des otites moyennes nous enseigne qu'il y a là des érosions, des perforations et des déhiscences spontanées du toit du tympan; il y a aussi des orifices anormaux sur la paroi interne de l'antre et des cellules mastoïdiennes. Le pus peut filer par ces ouvertures anormales et voilà l'abcès extra-dural constitué; abcès pouvant aboutir par continuité de tissus à une collection cérébrale ou cérébelleuse. Ce mode pathogénique est prouvé par les autopsies nombreuses où à une lésion destructive du rocher fait suite un abcès extra-dural et où existe une perforation de la dure-mère en regard d'un large abcès encéphalique (Darde). Ce sont ces recherches cadavériques qui avaient amené les anciens auteurs Hard, Bertin, à considérer l'otorrhée comme secondaire aux abcès du cerveau, d'où le nom d'*othorrée cérébrale*, théorie reconnue fausse aujourd'hui. Toutefois un abcès cérébral peut exceptionnellement s'ouvrir dans la caisse. Thomas Barr cite à cet égard une intéressante observation de Mac-Leod. Il s'agit d'un cas d'abcès du lobe frontal, dû à une blessure avec nécrose concomitante de l'os, correspondant au siège de l'abcès. Il fut démontré que la suppuration s'était frayé un chemin le long de la base du crâne jusqu'au toit du conduit auditif externe, à travers lequel elle pénétrait pour trouver une issue par l'orifice externe de l'oreille.

Aujourd'hui, avec les données actuelles de la bactériologie, les théories mécaniques ont perdu de leur importance et nous concevons facilement la propagation d'une inflammation

Digitized by Google

microbienne sans perforation préalable. L'abcès sous-dural devient un cas particulier de l'extension d'un foyer purulent primitif. Les faits où l'abcès siège dans le profondeur d'un lobe et où entre la collection encéphalique et le rocher malade il existe une muraille de tissu sain, où les cas plus paradoxaux encore où l'abcès siège du côté opposé à la lésion de l'oreille paraissent tout d'abord plus difficiles à expliquer.

Là encore les connaissances *bactériologiques* modernes nous donnent l'explication de ces foyers secondaires.

Les recherches de Zaufal, de Netter, d'Habermann, de Moos (de Heidelberg), résumées dans une leçon faite par le professeur Duplay (*Union Médicale*, 2 février 1892) et dans la thèse de Crévoisier de Vomécourt (1892) ne doivent nous arrêter ici qu'en ce qui concerne les complications cérébrales des otites.

En faisant abstraction du bacille de Koch qui se rencontre dans les otites tuberculeuses, les bactéries les plus communément trouvées dans les otites moyennes purulentes, sont le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque de Friedlander, le bacille pyocyanique. A. Kanthack, dans son intéressant travail fait au laboratoire de l'Institut pathologique de Berlin (1), outre les bacilles précédents, cite également la présence de bacilles saprogènes. Nous passerons ici sous silence leur mode de pénétration dans la caisse, par la membrane tympanique perforée, par la trompe d'Eustache, par infection générale, rougeole, scarlatine. Nous n'envisagerons pas davantage leur mode d'action sur la muqueuse de la caisse.

Nous devons seulement mettre en relief le rôle qu'ils jouent dans les complications des otites moyennes suppurées chroniques.

Le streptocoque est ici de beaucoup le plus important. C'est l'agent des complications graves. Moos (1), dans 18 cas de ce genre l'a toujours rencontré, isolé dans 11 cas, associé

(1) *Archiv. of otol.* 1890, p. 25.
(1) *Deutsch med. Wochenschr.* 1891, n° 11 et 12. (*Résumé dans les Archives de laryngologie*, 1891).

Digitized by Google

deux fois avec le pneumodiplocoque, cinq fois avec le bacille tuberculeux. D'après le même auteur il exercerait une action destructive sur le système osseux. Pénétrant dans les parois veineuses il serait l'agent direct de la thrombophlébite et, charrié par les leucocytes, il irait provoquer la formation des foyers secondaires dans les organes les plus éloignés. Barker insiste sur l'existence de petites veines passant de la face antérieure du cervelet ou de la face externe du lobe temporal et aboutissant soit au sinus pétreux supérieur, soit au toit de la caisse. Une phlébite septique prend naissance dans les radicules veineuses partant des parois de la caisse pour aboutir aux sinus pétreux supérieur et latéral. Moos et Barker pensent qu'à la suite de la thrombose, ainsi produite, les germes infectieux, sont par le cours rétrograde du sang amenés d'abord à la surface et ensuite dans la profondeur de l'encéphale, par l'intermédiaire des autres veinules tributaires de ces mêmes tissus, émanant du cervelet ou du lobe temporal et que nous citions plus haut.

Il est clair que le streptocoque n'est pas le seul agent de suppurations intra-craniennes. Weichselbann, Netter, Kanthack, etc., l'ont démontré; mais aucun microbe n'est aussi actif que le streptocoque, nul ne se diffuse aussi facilement. Du reste, il est probable qu'il n'emprunte pas seulement la voie veineuse pour produire ses ravages.

Barr pense que les bactéries peuvent émigrer du foyer septique originel le long des lymphatiques entourant les branches de l'artère auditive interne qui s'anatomosent avec les vaisseaux de la pie-mère et gagner ainsi l'intérieur du cerveau. Pitt pense également que les lymphatiques périvasbulaires servent de passage. Enfin il n'est pas jusqu'au lac lymphatique qui entoure les nerfs facial et auditif dans le conduit auditif interne, que l'on n'ait incriminé comme voie de propagation. Cela n'a rien, du reste, de surprenant pour qui connaît l'affinité des streptocoques pour les lymphatiques.

En résumé, nous pouvons dire que les germes partis de la caisse ou de ses dépendances atteignent le cerveau : *a. par continuité* de tissus (pachyméningite ou abcès extra-dural au voisinage du rocher altéré et abcès encéphalique au point

Digitized by Google

correspondant) *b.* ou *à distance* (abcès éloignés ou du côté opposé, avec tissus intermédiaires sains) en empruntant la voie veineuse ou lymphatique. Il serait intéressant de savoir quel est le plus fréquent des deux mécanismes, et dans quelle proportion l'abcès encéphalique procède de l'abcès extra-dural. Les documents nous manquent pour juger absolument cette question. Mais nous sommes enclins à penser que l'abcès extra-dural sert le plus souvent d'intermédiaire à l'accès encéphalique d'où l'importance des règles opératoires que nous indiquerons plus loin.

Les deux observations de M. Darde sont très instructives à cet égard ; dans les deux cas il existait un foyer extra-dural peu important à la vérité, mais suffisamment net.

Dans le premier ce foyer était en rapport avec une perforation pathologique du toit de la caisse ; dans le deuxième le pus s'était fait jour au niveau du conduit auditif interne.

En parlant des différentes variétés de microbes nous avons cité les saprophytes que Kanthack a rencontré dans les otites moyennes. Barker, après Rohrer, déclare qu'ils ne sont pas pathogènes et que les suppurations fétides où on les rencontre ne sont pas dangereuses. Il a toujours noté, dit-il, les complications intra-crâniennes les plus dangereuses, avec les écoulements de la caisse, dépourvus en totalité ou en partie d'odeur. Il y a là une exagération évidente. D'abord les saprophytes sont le plus souvent associés au streptocoque et, quant à admettre que les écoulement fétides ne donnent que rarement lieu à des abcès du cerveau, nous rappellerons à défaut de preuves bactériologiques, que nombre d'abcès intra-crâniens étaient horriblement fétides ainsi que Barr l'a constaté. Dans six de nos observations, cette fétidité est expressément notée. Elle était fécaloïde dans l'observation de Walton-Cheyne, déjà citée.

TRAITEMENT.

En présence d'un abcès intra-crânien d'origine otique, que convient-il de faire ? L'intervention s'impose. Or, dans les cas où il occupe un point de la zone motrice ou bien le cervelet, il existe des règles quasi mathématiques que nous

Digitized by Google

n'avons pas à rappeler ici, mais qui permettent d'arriver facilement sur le foyer. Mais lorsqu'il n'est pas susceptible par son siège de donner lieu à des symptômes fonctionnels, l'embarras est réel et, sous ce rapport, je pense que les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont eu tort de séparer l'histoire des abcès encéphaliques de celles des suppurations otiques ou périostiques.

En effet, il résulte de notre étude anatomopathologique que beaucoup de ces abcès intra-crâniens d'origine otique constituent des collections sous-méningées péripétreuses et servent d'intermédiaire par un mode pathogénique bien connu aujourd'hui aux abcès encéphaliques, beaucoup plus rares, et qu'on en a isolé à tort dans le cadre nosologique puisqu'en somme ils sont le plus souvent, ainsi que nous l'avons dit plus haut, d'origine otique.

Il y a plus, les règles établies d'autre part pour l'ouverture des foyers intra-mastoïdiens à l'époque où la chirurgie cérébrale n'existait pas et où l'ouverture de la cavité cranienne était à juste titre tant redoutée, n'ont plus de raison d'être aujourd'hui; or, elles sont reproduites dans les traités les plus récents; cette singulière et si peu rationnelle façon d'envisager les choses rend difficile l'ouverture de ces collections péripétreuses, puisqu'on enseigne à les éviter, et le chirurgien se trouve le plus souvent amené, lorsqu'il a ouvert la mastoïde selon les règles classiques ou appliqué une couronne de trépan pour découvrir un point du lobe temporo-sphénoïdal par exemple à abandonner le malade et à laisser de côté la collection péripétreuse que, le plus souvent, le hasard seul lui permet de découvrir.

Ces collections considérées, il y a quelques années, comme au-dessus de nos ressources sont, à n'en pas douter les moins graves de toutes et cependant elles fournissent une mortalité considérable, pour les raisons précitées.

J'ajouterai qu'elles sont plus fréquentes qu'on ne le croit, car elles passent le plus souvent inaperçues; et Bergmann, par exemple, dans sa statistique, n'a fait que grouper en catégories les abcès encéphaliques.

Or, c'est à la collection péripétreuse qu'il faut toujours,

Digitized by Google

à notre sens, s'adresser dans tous les cas où un abcès encéphalique à siège bien défini n'est pas indiqué par l'ensemble des symptômes.

Comment dès lors intervenir pour mettre à découvert le foyer péripétreux.

Peut-on utiliser à cet effet les repères indiqués par les auteurs?

Dans leur récent traité, Forgue et Reclus disent bien que les divers tracés indiqués par les auteurs « ne sont pas notablement divergents et ne s'éloignent pas de l'aire mastoïdienne ou des portions très contiguës du temporal squameux et de l'encoignure pariétale. » C'est vrai, mais on ne saurait les suivre indistinctement; certains visent des abcès à localisations psychomotrices déterminées et découvrent des points trop élevés comme celui de Mac Even; or, après avoir tour à tour envisagé ceux de Bergmann, Hare, Barker, Chauvel, Poirier et Wheeler, c'est encore ce dernier qui remplit le mieux, selon nous, les indications. C'est à ce dernier que nous donnerons la préférence.

Comme on le sait, Wheeler ouvre le crâne à la hauteur du conduit auditif en avant de la verticale qui divise la mastoïde en deux parties égales.

On arrive de la sorte au niveau de la partie externe de l'angle rentrant formé par le rocher et l'écaille du temporal, et très loin du sinus latéral.

En se rappelant, d'autre part, que Ricard, dans un mémoire déjà cité, a établi que la moitié antérieure de la mastoïde constitue sa portion chirurgicale parce que c'est elle qui contient les véritables cellules mastoïdiennes et qu'elle se trouve la plus éloignée du sinus latéral, je crois que dans les cas fréquents où une otite moyenne suppurée s'accompagnera de phénomènes douloureux et fébriles avec ou sans mastoïdite, il faudra se comporter de la façon suivante : Ouvrir la mastoïde suivant les règles bien établies par Ricard, combiner cette ouverture avec celle du crâne par le procédé de Wheeler. Pour ce faire, après avoir ouvert le quadrant antéro-supérieur de la mastoïde, creuser par en haut son trajet opératoire, contrairement aux prescriptions classiques; et ce que certains auteurs (Forgue et Reclus, p. 275) con-

Digitized by Google

sidèrent comme exceptionnel, nous pensons qu'il faut en faire désormais une règle quasi classique.

C'est à ce prix qu'aucune de ces collections ne pourra désormais passer inaperçue, sauf dans les cas exceptionnels où elle siège près du sommet du rocher (2e cas de Darde). Cette pratique a donné un beau succès à Zarniko (voir tableau, obs. 20).

Jusqu'ici nous avons envisagé les cas où il n'existe aucun trouble fonctionnel. Quand ces troubles existent et attestent une localisation déterminée, nous pensons, en nous appuyant sur les renseignements fournis par l'anatomie pathologique, qu'il est encore nécessaire de faire dans un premier temps une ouverture du crâne en ce point, à titre de craniotomie exploratrice.

Bien souvent on a constaté la coexistence de deux abcès (1er et 2e cas de Darde) quand l'abcès encéphalique se produit par contiguïté et ce premier temps opératoire a encore l'avantage de mettre à nu les cellules mastoïdiennes quand il existe une mastoïdite.

La résection osseuse qu'on fera de préférence à la gouge à main et non au trépan pourra être aussi large que possible, de façon à mettre à nu la dure-mère dont les lésions peuvent être un bon indice, ainsi que le remarquent Forgue et Reclus.

Dans les cas où le foyer cérébral est contigu, il peut même être ouvert et drainé.

Nous croyons même, en nous appuyant sur la première observation de Darde où il existait un abcès encéphalique contigu sans phénomène fonctionnel, qu'il faudra toujours songer à cette possibilité et ponctionner au besoin la portion contiguë de l'encéphale, pratique qui montre davantage la nécessité de larges résections osseuses.

Mais dans la grande majorité des cas, il sera indispensable de pratiquer dans un deuxième temps une nouvelle couronne de trépan, variable de siège selon les troubles psychomoteurs observés et en s'appuyant sur les règles opératoires bien connues aujourd'hui.

Ce deuxième temps serait également utile dans les cas où l'on aura constaté l'existence d'un foyer contigu difficilement accessible.

Digitized by Google

Nous publions ci-dessous deux observations inédites que notre excellent ami le Dr Darde, médecin distingué de l'armée, a bien voulu nous communiquer et nous y joignons les réflexions que l'étude de ces deux cas lui a suggérées.

Observation I. — *Polype du conduit auditif et otite moyenne à gauche; méningo-encéphalite.* (Recueillie par M. le médecin-major Darde, médecin traitant.)

L. Edmond, 23 ans, tambour au 72e de ligne, entre le 30 juin 1892 à l'hôpital militaire d'Abbeville, salle Saint-Augustin, n° 24, pour polype du conduit auditif et otite moyenne à gauche.

Antécédents. — A l'âge de 3 ans, L. a fait sur la tête une chute grave dont nous ne retrouvons pas de traces extérieures. Nous n'avons pu avoir d'autres renseignements sur les accidents présentés à cette époque. — Pendant son enfance, il se serait plaint fréquemment de maux de tête et aurait présenté à plusieurs reprises des accidents qui ont effrayé beaucoup ses parents; les douleurs de tête devenaient plus fortes, il se roulait en poussant des cris, puis perdait connaissance pendant deux ou trois jours. Deux fois les médecins auraient déclaré aux parents qu'ils craignaient le développement d'une méningite. Nous n'avons pu savoir si, au moment de ces crises, il y avait eu suppuration de l'oreille. Cela est assez probable, car le malade nous dit que son oreille a suppuré assez souvent pendant son enfance et qu'il a toujours été un peu sourd de l'oreille gauche. En outre, il avait souvent mal à la tête, et ces douleurs devenaient parfois très violentes.

Depuis qu'il est au service, il n'est venu qu'une seule fois se plaindre de ces douleurs, et le registre des malades à la chambre ne le porte qu'un jour indisponible pour otite, en avril 1891. Mais il prétend qu'il avait toujours une douleur sourde dans le côté gauche de la tête et dans l'oreille; malgré cela, il a fait régulièrement son service militaire.

29 juin. — Depuis cinq ou six jours, les douleurs de tête et d'oreille sont devenues plus intenses et le forcent à se présenter aujourd'hui à la visite, où nous le voyons pour la première fois. — L'examen du conduit auditif permet de constater la présence d'un polype, avec écoulement purulent à gauche. Le polype se présente sous forme d'une petite tumeur rosée, peu résistante, obturant à peu près complètement le conduit auditif; il ne paraît pas s'implanter sur sa paroi, car nous pouvons faire passer un stylet tout autour de ce polype sans rencontrer de résistance.

Digitized by Google

Nous envoyons ce malade à l'hôpital le 30 juin.

30 juin. — L'état de ce malade ne paraît avoir rien d'inquiétant. Il n'a pas de fièvre, mange assez bien et reste levé une partie de la journée. La diminution de l'acuité auditive à gauche est assez considérable, car la montre appliquée presque contre l'oreille n'est pas entendue. Quand on l'applique au vertex, les bruits n'en sont perçus qu'à droite, et il faut la rapprocher de l'oreille gauche et l'appliquer fortement contre l'écaille du temporal pour que les bruits soient perçus de ce côté, et encore assez faiblement. Si donc il est probable que la caisse du tympan est malade, il semble que l'oreille interne ne soit pas sérieusement intéressée. Il n'y a d'ailleurs ni bourdonnements, ni bruits musicaux, ni vertiges. Rien d'anormal du côté de l'apophyse mastoïde. — Pendant quelques jours, nous prescrivons seulement des injections boriquées tièdes, puis des injections avec une solution de sublimé à 1 p. 4000. En même temps, nous recommandons au malade de faire pénétrer fréquemment de l'air dans la caisse par le procédé de Valsalva, que nous lui faisons exécuter devant nous.

3 juillet.—L'écoulement purulent paraît avoir diminué, mais il n'en est pas de même des douleurs, qui sont assez vives. Nous nous décidons à employer de suite le mode de traitement tant préconisé par Politzer pour amener la rétraction et même la destruction du polype. A cet effet, les 3 et 4 juillet, nous faisons deux fois par jour des instillations d'alcool rectifié dans le conduit auditif : une cuillerée à café d'alcool absolu légèrement chauffé est versée dans l'oreille et laissée 3 à 4 minutes.

Ces instillations produisent des douleurs très vives, que nous avons de la peine à calmer momentanément par des instillations de cocaïne. Nous les suspendons, et nous essayons de les reprendre le 7 juillet, mais la douleur produite est tellement intolérable que nous devons y renoncer sans avoir obtenu la moindre rétraction du polype. Nous nous bornons à faire faire des injections de solution de sublimé à 1 p. 4000. L'écoulement purulent est, du reste, peu abondant.

9 juillet. — Les douleurs d'oreille étant toujours fortes, nous cherchons à les calmer par l'application d'un vésicatoire derrière l'oreille.

10 juillet. — Nous n'avons obtenu aucune amélioration de la souffrance éprouvée par le malade. Il nous semble donc indiqué de faire l'extraction du polype, qui peut s'opposer en partie au

Digitized by Google

libre écoulement du pus et être cause ainsi des accidents observés. Nous prenons donc le polype avec une pince à griffes à laquelle nous faisons exécuter quelques mouvements de torsion, et nous l'extirpons aisément; nous n'avons eu qu'une goutte de sang; nous faisons quelques injections de sublimé à 1 p. 1000. Ce polype est muqueux, de faible consistance, à peine plus gros qu'un noyau de cerise. Il présente un pédicule allant en s'effilant et d'une longueur de 7 à 8 millimètres.

11 juillet. — Les douleurs ont à peu près la même intensité, mais sous l'influence des injections de solution de sublimé, l'écoulement purulent est à peu près tari. Nous pouvons voir aisément la membrane du tympan, qui est uniformément jaunâtre et présente une ulcération à bords régulièrement arrondis, d'une largeur de 2 millimètres, et située un peu au-dessus et en arrière de l'ombilic. Cette ulcération, malgré son étroitesse, nous paraît devoir permettre l'issue du pus contenu dans l'oreille moyenne; pourtant, en faisant expirer fortement le malade après lui avoir fait fermer la bouche et les narines, nous ne voyons sortir par cette ulcération ni bulles d'air ni pus. Nous essayons de faire des insufflations à travers la trompe avec la poire de Politzer seule, puis à l'aide de la sonde d'Itard, et nous n'obtenons aucun résultat. Ces manœuvres fatiguent beaucoup le malade, et nous devons y renoncer.

Dans la soirée du 11 juillet, le malade est un peu abattu. Malgré une température normale, nous sommes surpris de ne lui compter que 50 pulsations. Le malade étant constipé depuis deux jours, nous prescrivons un lavement purgatif, qui sera donné de suite, et 60 centigrammes de calomel en 3 paquets, à prendre le lendemain matin, à une demi-heure d'intervalle.

12 juillet. — Le malade se plaint toujours de vives douleurs dans la tête, et il est un peu plus abattu que la veille. Le pouls présente un ralentissement marqué, car nous ne comptons que 46 pulsations. Pourtant il est plein et régulier; la température est normale. Nous essayons sans succès quelques insufflations d'air à travers la trompe avec la poire de Politzer seule : la trompe doit être imperméable, car le malade ne sent pas la pénétration de l'air dans la caisse, et nous éprouvons une résistance considérable à la pression de la poire de caoutchouc. L'écoulement purulent par l'oreille est à peu près nul. Nous prescrivons des gargarismes tièdes boriqués et la continuation des injections de sublimé à 1 p. 2000 dans l'oreille.

Digitized by Google

Le calomel a produit deux selles dans la soirée, mais l'état du malade est toujours le même.

13 *juillet.* — Le malade a poussé quelques cris aigus pendant la nuit; il a pourtant assez bien dormi. Sa dépression paraît plus grande, et le pouls ne bat que 42 fois à la minute; température 37°2.

Les douleurs d'oreille sont toujours aussi vives; cependant, le matin, il mange encore un œuf avec assez d'appétit.

Dans la journée, il s'est plaint plusieurs fois; il reste presque constamment dans un état de demi-somnolence. Pouls 40 et température 36°8. — Pas de paralysie du côté de la face ni aux membres. Pas de troubles de la sensibilité.

14 *juillet.* — Le malade a poussé 7 ou 8 cris aigus dans la nuit. A la visite, il est dans un état de dépression très profonde; il n'y a que 38 pulsations à la minute et la température s'élève seulement à 36°,6. Les extrémités présentent un refroidissement marqué. Nous lui injectons les trois quarts d'une seringue de Pravaz remplie d'éther et nous prescrivons une potion avec 8 grammes d'acétate d'ammoniaque et 30 grammes d'eau-de-vie : nous faisons placer des cruchons d'eau chaude le long du corps et des membres.

Dans la journée, nous remarquons un léger ptosis de la paupière supérieure gauche; pas d'inégalité ni de contraction marquée des pupilles. Le malade a eu de l'incontinence d'urine. La température remonte le soir à 37° et le pouls bat 42 fois. Continuation de la potion stimulante.

15 *juillet.* — La nuit a été assez agitée jusqu'à 1 heure du matin, puis le malade s'est endormi. Le matin, la dépression du malade est très profonde; nous constatons 45 pulsations à la minute avec une température de 36°. Le malade ne comprend que par moments, lorsqu'il est interrogé, et c'est à peine s'il répond par signes.

A 10 heures du matin, il paraît y avoir un peu de réaction, car la température monte à 37°,2, mais le pouls reste à 46. L'incontinence d'urine persiste, sans réplétion de la vessie.

Le soir, le pouls est à 48 et la température à 38°,2. Nous remarquons que la blépharoptose est plus prononcée à gauche; en même temps il y a une dilatation pupillaire assez marquée du même côté et de la photophobie.

16 *juillet.* — Le malade est à peu près dans le même état. La perte de connaissance est à peu près complète. La nuit a été

Digitized by Google

assez calme, grâce à l'absorption d'une potion avec 2 grammes de chloral. Le pouls bat 48 fois par minute et la température est à 37°,4.

Dans la journée, le malade présente de temps à autre de l'agitation des membres, puis reste dans la résolution pendant une ou deux heures. Il avale encore, mais avec difficulté.

Le 16 au soir, pouls 56; température 37°,8.

17 *juillet.* — Nuit assez calme, avec une potion de chloral; pas de cris. La perte de connaissance est à peu près absolue et la résolution musculaire presque complète aussi bien à droite qu'à gauche; la sensibilité générale est très obtuse. La blepharoptose persiste et la pupille gauche est toujours dilatée et immobile; il n'y a plus de photophobie. La pupille droite est également contractée et immobile. La vision paraît abolie. Pouls, 42; température 38°.

Dans la journée, le malade revient deux fois à une connaissance à peu près complète, qui lui permet de répondre à la sœur du service; mais il retombe bientôt dans une torpeur complète.

Le soir, le pouls irrégulier bat 60 fois par minute.

18 *juillet.* — Quelques cris dans la nuit. A la visite, nous trouvons le malade dans un coma presque absolu; c'est à peine si, par instants, il semble revenir un peu à lui.

La mort survient le 19 juillet à 10 heures du matin.

Autopsie. — Des raisons de famille nous obligent à procéder très rapidement aux recherches cadavériques, qui ont été très incomplètes.

Après l'ouverture du crâne et l'enlèvement du cerveau fait avec les plus grandes précautions, nous constatons les altérations suivantes :

1° Une perforation de la lame osseuse du rocher qui recouvre la partie supérieure de la caisse; cette perforation est arrondie et a un diamètre d'environ 5 à 6 millimètres, un peu inférieur à celui d'une lentille;

2° En rapport avec cette perforation, la dure-mère est enflammée et érodée; l'inflammation ne porte guère que sur une étendue large comme une pièce de 1 franc; l'érosion de la membrane a tout au plus l'étendue d'une pièce de 50 centimes.

La face supérieure de la dure-mère, qui est en rapport

Digitized by Google

avec le cerveau est un peu noirâtre et infiltrée, mais ne présente *pas de solution de continuité*. Nous ne trouvons pas d'autre lésion des méninges en aucun autre point;

3° Le lobe moyen du cerveau présente à sa partie inférieure, au point situé immédiatement au-dessus de la lésion de la dure-mère une coloration un peu noirâtre ayant la forme et l'étendue d'une pièce de 2 francs. Là encore, si la substance cérébrale parait un peu ramollie et altérée, nous ne trouvons aucune solution de continuité. Une section du cerveau montre à un demi-centimètre de profondeur un abcès du lobe moyen, dont la poche assez bien limitée aurait à peu près le volume d'un œuf de poule. Le pus de cet abcès est mal lié, blanc grisâtre, d'une odeur infecte et il contient des débris de substance cérébrale mortifiée. La poche purulente est surtout formée aux dépens de la substance blanche et communique largement avec le ventricule latéral.

Les différents sinus du crâne ouverts avec le bistouri ne présentent aucune trace d'inflammation; nous n'y trouvons pas de caillots sanguins.

En agrandissant l'ouverture de la lamelle osseuse qui recouvre la caisse, nous voyons que celle-ci contient un peu de pus crémeux, assez épais, mais nous n'y trouvons pas trace de polype.

Observation II. — *Abcès des lobes moyen et antérieur de l'encéphale, suite d'otite suppurée à droite.* (Recueillie par M. le médecin major Darde, médecin traitant).

D. (Victor), 24 ans, trompette au 3e régiment de chasseurs, entre le 12 juillet 1892 à l'hôpital militarisé d'Abbeville, salle Saint-Augustin, n° 5.

Ce chasseur, malade depuis le 5 juillet, n'est venu que le 7 à la visite, se plaignant de violentes douleurs dans le côté droit de la tête et de surdité complète de ce côté. Nous le faisons entrer à l'infirmerie.

Antécédents. — Aucun antécédent de famille digne de remarque.

A l'âge de 2 ans et demi, il a été renversé par un cheval attelé et la roue de la voiture lui a passé sur la tête. A la suite de cet accident, il aurait été sans connaissance pendant quelques

Digitized by Google

jours. — La plaie de la tête a laissé une longue cicatrice très apparente, prenant naissance derrière l'apophyse mastoïde et remontant en haut et en avant jusque vers la partie antérieure et moyenne du pariétal droit. Depuis cet accident, l'ouïe aurait toujours été faible à droite, parfois l'oreille coulait pendant quelques jours, mais il n'en souffrait pas. En 2 ans et demi, depuis qu'il est au régiment, il n'est pas venu une seule fois à la visite pour otite.

Le jour de l'entrée à l'infirmerie, 7 juillet, nous constatons un écoulement purulent et fétide de l'oreille droite, écoulement qui aurait commencé il y a 4 ou 5 jours. Le malade est pâle et paraît abattu; il se plaint de douleurs très vives dans tout le côté droit de la tête; il parle peu, reste couché toute la journée et n'a pas d'appétit. Pas de fièvre.

Traitement : vésicatoire derrière l'oreille et injections boriquées tièdes à 4 0/0.

Les jours suivants, les douleurs de tête sont à peu près aussi vives et l'abattement est toujours assez prononcé; le malade ne quitte pas le lit; il a pourtant conservé toute son intelligence et répond bien à nos questions. Pas d'appétit, malgré la faible élévation de la température, qui ne dépasse pas 38°. Il ne prend que quelques bouillons et un litre de lait par jour.

L'écoulement purulent et fétide de l'oreille est toujours abondant malgré les injections boriquées. En outre, le malade se plaint de sifflements continus dans l'oreille droite et il dit que la tête lui tourne, même quand il veut simplement s'asseoir dans son lit; aussi y reste-t-il étendu presque constamment. Ces symptômes nous font supposer que le malade est atteint d'otite labyrinthique et, à l'appui de ce diagnostic, nous constatons un signe assez important, l'absence de perception à travers la paroi crânienne des bruits de la montre du côté droit, alors que ces bruits sont nettement perçus du côté gauche.

La membrane du tympan est difficile à voir, à cause de l'infiltration et du gonflement du conduit auditif, mais nous croyons cependant constater l'existence d'une fente linéaire verticale à la partie inférieure de la membrane, fente par laquelle le pus s'écoulerait facilement. Il est certain, en tout cas, que le pus a une issue facile et assez large, car les insufflations d'air à travers la trompe avec la sonde d'Itard et la poire de Politzer déterminent chaque fois l'écoulement d'une assez grande quantité de pus. Ces insufflations sont répétées deux fois par jour, puis on pratique plusieurs fois des injections dans le conduit

Digitized by Google

auditif avec une solution tiède de sublimé à 1 pour 4000 sans amener de diminution des douleurs de tête ni modifier la quantité et la nature de l'écoulement.

Le 9 *juillet*, nous prescrivons un léger purgatif : 30 grammes de sulfate de magnésie, à titre de dérivatif, le malade étant allé chaque jour à la garde-robe depuis son entrée à l'infirmerie.

Le 10 *juillet*, au soir, la température du malade s'élève à 39°,6 et le 11 au matin elle s'élève encore à 39°,4, ce qui nous détermine à l'envoyer à l'hôpital.

12 *juillet*. — La température du malade se maintient aux environs de 39°. Les autres symptômes déjà décrits restent à peu près les mêmes : douleurs vives dans le côté droit de la tête, sifflements persistants, écoulement de pus abondant et fétide par l'oreille, perte de l'appétit et prostration assez marquée. Le malade reste à peu près immobile dans son lit, mais ne présente aucune paralysie ni à la face ni aux membres et il a toute son intelligence. Le pouls est fréquent, 108 pulsations, mais fort et régulier et la respiration se fait bien. Du côté de l'apophyse mastoïde, nous ne constatons aucun gonflement inflammatoire ni œdémateux et la pression n'augmente pas sensiblement les douleurs de tête.

Traitement : 5 sangsues à l'apophyse mastoïde, injections tièdes de solution de sublimé à 1 pour 4000 et potion avec 2 grammes de chloral pour la nuit. Régime : bouillon et lait.

13 *juillet*. — Même état. La nuit a pourtant été assez bonne; la température du malade est moins élevée : 38°,4 le matin et 38°,2 le soir. — Nous prescrivons 60 centigrammes de calomel en 3 paquets, à prendre en 2 heures; la solution de sublimé pour injections est portée à 1 pour 2000; potion de 2 grammes de chloral pour la nuit.

14 *juillet*. — La nuit a été moins bonne, mais pas agitée; température le matin, 39°,6. Le malade est très abattu, cependant il répond bien à nos questions. Il s'assied dans son lit pour boire et même se lève facilement pour aller à la selle, mais il dit que la *tête lui tourne* et il se recouche de suite comme anéanti. Il ne demanderait et ne prendrait rien si la sœur du service ne l'obligeait de temps en temps à prendre un peu de bouillon ou de lait. L'écoulement de l'oreille paraît avoir diminué un peu, mais il est toujours fétide. On continue les injections tièdes de solution de sublimé à 1 pour 2000. Température du soir 38°.

15 *juillet*. — La nuit a été assez tranquille; le malade s'est

Digitized by Google

retourné plusieurs fois, mais sans agitation et sans pousser de cris. — A la visite du matin, nous constatons du ptosis de la paupière supérieure droite. Les pupilles sont égales et sensibles à la lumière sans photophobie; pas d'autre paralysie musculaire. L'abattement est toujours prononcé, mais le malade répond comme d'habitude à nos questions. Température du matin 38°,2. A 3 heures du soir, la température a monté à 38°,9, mais l'état général du malade ne paraît pas avoir empiré.

A 5 heures du soir, après avoir pris un potage, le malade se lève pour uriner et brusquement, en voulant se recoucher, il tombe en poussant un cri. Quand on le relève, on s'aperçoit que tout le côté gauche est paralysé.

Prévenu immédiatement, nous nous rendons près du malade que nous trouvons dans le coma. La face et tout le côté gauche sont paralysés; en même temps, il y a contracture des membres supérieur et inférieur du même côté. Cette contracture est surtout marquée à l'avant-bras gauche et à la main qui a pris la forme d'une griffe. Perte de la sensibilité de tout le côté gauche. Respiration pénible et stertoreuse. La mort survient à 8 heures du soir, sans que le malade ait repris connaissance. Nous nous étions borné à faire des applications de sinapismes.

Autopsie. — Après dissection du cuir chevelu, nous enlevons la calotte cranienne par un trait de scie circulaire. Nous constatons d'abord qu'il ne paraît pas y avoir eu de fracture du crâne à la suite de l'accident survenu dans l'enfance, car les parois externe et interne des os paraissent absolument lisses au niveau de la cicatrice du cuir chevelu.

Les méninges de la convexité ne présentent pas d'altération appréciable; il y a seulement une turgescence un peu prononcée des veines.

En passant les doigts sur le cerveau, à travers les méninges, nous constatons une mollesse tout à fait anormale du tissu cérébral, surtout à la partie moyenne et même à la partie antérieure de l'hémisphère droit. Nous sectionnons la dure-mère d'avant en arrière de chaque côté, puis la faux du cerveau pour enlever le cerveau en le détachant par la section des nerfs de la base. Mais en voulant passer les doigts sous les lobes antérieurs, le tissu cérébral se déchire du côté droit, tant il est ramolli, et un flot de pus s'étale sur la

Digitized by Google

base du crâne. Nous redoublons de précautions pour achever l'enlèvement du cerveau, mais il est tellement ramolli et se déchire si facilement qu'il nous devient difficile d'examiner aussi nettement que nous l'aurions voulu la voie suivie par le pus, depuis l'oreille jusque dans l'encéphale.

Cependant, il est assez facile de reconstituer cette marche de la suppuration. En effet, au niveau de la base du crâne constituée par le rocher, nous ne trouvons aucune altération des méninges; au niveau de la caisse notamment, il n'y a aucune altération de la dure-mère ni de la lamelle osseuse qui en constitue la paroi supérieure. La surface extérieure de la base du cerveau nous paraît absolument saine.

C'est au sommet du rocher que nous retrouvons la trace du pus. Au niveau du conduit auditif interne, nous voyons par transparence, à travers la dure-mère saine, deux taches blanc-jaunâtres constituées par du pus. La dure-mère étant enlevée, nous constatons d'abord que le nerf auditif et le facial sont entourés par un pus blanchâtre et épais qui pénètre assez profondément dans le conduit auditif interne.

De plus, nous trouvons au sommet du rocher deux vacuoles creusées aux dépens de l'os, assez bien limitées et contenant du pus blanchâtre et épais.

La suppuration s'est donc propagée de l'oreille interne vers le cerveau par l'intermédiaire de ces deux vacuoles et principalement de la gaine arachnoïde qui accompagne le nerf auditif pour envahir ultérieurement la grande cavité ventriculaire.

A ce niveau, la désorganisation du cerveau est considérable : la cavité de l'abcès aurait certainement pu contenir le volume du poing. Les corps opto-striés sont à nu et en partie détruits; au milieu du pus, existent de gros fragments de cerveau qui sont comme sphacélés et répandent une odeur infecte.

Il n'y a pas trace de poche de l'abcès; sur ses limites, la substance cérébrale est profondément ramollie et désorganisée jusque dans le lobe frontal. Seule la substance grise paraît avoir opposé une certaine barrière à l'extension de la suppuration.

Digitized by Google

On serait étonné, si l'on ne savait que les choses se passent souvent ainsi, que des lésions si considérables n'aient pas produit des troubles moteurs, sensitifs et intellectuels plus marqués. Nous nous attendions à trouver de l'encéphalite, mais non une désorganisition si étendue ni si avancée.

L'examen des cellules mastoïdiennes, après rugination de l'apophyse mastoïde, a montré une rougeur prononcée de la muqueuse, mais pas de suppuration. — Nous avons borné là nos recherches.

TABLEAU

Digitized by Google

TABLEAU

DE 25 OBSERVATIONS D'ABCÈS DU CERVEAU

CONSÉCUTIFS AUX OTITES

PUBLIÉES DANS CES TROIS DERNIÈRES ANNÉES

Digitized by Google

TABLEAU *de 25 observations d'abcès du cerveau*

	AGE.	SEXE.	SIÈGE DE L'ABCÈS.	COTÉ.	ÉTAT ANATOMIQUE.
1° **Chaix**..... (*Société des sc. méd. lyonnaise*. 1er juin 1890).	42	H.	Cervelet.	Droit.	Gros abcès. Nécrose du temporal, infiltré de pus.
2° **Pritchard**..... (Obs. I. *Archives of otology*., nos 2 et 3, 1890, p. 140).	23	H.	Extra-dural.	G.	»
(*Ibidem*).....	26	H.	Lobe temporo-sphénoïdal.	G.	Dure-mère érodée au-dessus du toit du tympan. 1 once de pus fétide.
4° **J. Boke**..... (*De Buda-Pesth*, 13 avril 889)	16	H.	D°	D.	»
5° **Marsh**..... (*Brit. med. J.*, 1890, p. 1135).	13	H.	D°	G.	3 onces de pus fétide.
6. **J.-C. Weyr**..... *Brit. med. J.*, 6 déc. 1890).	26	H.	D°	G.	2 onces de pus fétide.
A. Bergé..... *Bull. Soc. Anat.*, déc. 1890).	?	H.	D°	D.	Pus jaune bien lié. Cavité de la dimension d'une noix. Face supérieure du rocher altérée, Dure-mère brune. Cerveau intermédiaire sain; cocci peu abondants disposés en chaînette.

Digitized by Google

consécutifs aux otites publiées dans ces trois dernières années.

AGE DE L'OTITE.	CAUSE déterminante de L'ABCÈS.	TRAITEMENT.	RÉSULTAT.
25 ans.	Non mentionnée. Augmentation de l'écoulement.	Pas de trépanation. Incision de l'abcès mastoïdien. Paralysie faciale.	Mort.
17 ans.	Refroidissement. Recrudescence de l'otite.	Trépanation : d'abord 2 pouces au dessus et 1/2 pouce en avant du méat; on ne trouve rien. — Nouvelle couronne : 1 pouce en arrière de la marge postérieure du trou précédent.	Guérison, — mais il reste après l'opération des attaques d'aphasie de 20' de durée. Intelligence nette, parler lent.
8 ans.	»	Trépanation : 1 pouce 1/4 en arrière du méat et 1 pouce 1/4 au-dessus de la ligne de la basse cérébrale.	Guérison. — Perte de connaissance : 2 fois de 20' à 1/2 h. Une de ces attaques a été précédée d'un peu d'aphasie.
»	»	Pas d'intervention.	Mort.
»	»	De	Mort.
»	»	Trépanation.	Guérison.
Otite datant de quelque temps.	»	Pas d'intervention.	Mort.

Digitized by Google

	AGE.	SEXE.	SIÈGE DE L'ABCÈS.	AGE.	ÉTAT ANATOMIQUE.
8° **Jansen**..... (*Laryngol. otol.*, sept. 1892, p. 707).	46	H.	Lobe temporo-sphénoïdal.	G.	Dure-mère saine. 1 cuillère à soupe de pus crémeux.
9° (*Ibidem*).....	34	H.	D°	G.	Grand abcès, pus vert et fétide. Dure-mère adhérente. Toit du tympan carié.
10° (*Ibidem*).....	8	H.	Extra-dural et lobe occipital.	G.	Thrombose du sinus.
11° **Polo** et **Boiffin**.. (*Rev. de laryng., otol.*, etc. 15 janv. 1892).	6	H.	Lobe temporo-sphénoïdal.	G	2 cuillerées à café de pus jaune épais.
12° **Bryden**..... (*Brit. med. J.*, 1890, p. 709).	23	H.	Lobe cérébelleux.	G.	1 once 1/2 de pus fétide. Pas de membrane limitante. Dure-mère saine. Pas de phlébite ni de carie du rocher.
13° **Milligan** et **Hare**. (*Brit. med. J.*, 1890, p. 231).	14	H.	D°	D.	Dure-mère et rocher sains. Pas de phlébite. Cavité du diamètre d'une petite noix. Membrane limitante distincte.
14° **Watson Cheyne**. (*Brit. med. J.* 1890, p. 231).	26	H.	Lobe temporo-sphénoïdal.	G.	Pus contenant des débris de cerveau. 1/2 once de pus très fétide d'odeur fécaloïde. Dure-mère et os sains.
15° **Mac Ewen**..... (*Arch. of otology.*, n° 3 et 4, 1889).	17	H.	Lobe cérébelleux.	G.	4 onces de pus.
16° **Picqué**..... *Ann. mal. de l'or. et du lary.* 1890, p. 438).	46	H.	Lobe frontal.	D.	Méninges saines, notable quantité de pus.
17° (*Ibidem.*).....	24	H.	Extra-dural.	?	»

Digitized by Google

AGE DE L'OTITE.	CAUSE déterminante de L'ABCÈS.	TRAITEMENT.	RÉSULTAT.
»	»	Trépanation.	Guérison opératoire. Mort 2 mois après avec symptômes d'abcès cérébral.
Depuis l'enfance.	Ecart de régime.	Pas d'intervention.	Mort.
Otite récente.	Fièvre indéterminée.	Trépanation à 3 centimètres en arrière du méat.	Mort.
Otorrhée récente.	Rougeole.	Trépanation.	Mort.
8 ans.	Refroidissement 15 j. auparavant.	Trépanation en arrière et un peu au-dessus du méat auditif externe.	Mort.
6 ans.	»	Trépanation immédiatement au-dessus et en arrière du conduit auditif externe.	Mort.
8 ans.	»	Trépanation 1 pouce 1/4 en arrière du conduit auditif, et 1 pouce 1/4 au-dessus de la ligne basale.	Guérison : avec lenteur de la parole les réponses se font attendre.
12 ans.	»	Trépanation au niveau de l'occipital.	Guérison.
6 mois (grippe).	»	Trépanation.	Mort.
1 mois.	»	Trépanation.	Guérison.

Digitized by Google

	AGE.	SEXE.	SIÈGE DE L'ABCÈS.	COTÉ.	ÉTAT ANATOMIQUE.
18° **Arbuthnot Lane.** (*Brit. med. J.*, 1890.)	8	F.	Extra-dural.	D.	Collection contre l'apophyse mastoïde, le sinus latéral et la dure-mère adjacente formant paroi interne de l'abcès.
19° (*Ibidem.*).....	23	H.	D°	D.	Dure-mère couverte d'une membrane pyogéniques épaisse, le sinus latéral faisait partie de la paroi et n'était pas thrombosé.
20° **Zarniko** ..... (*Arch. of otol.*, 1891, p. 361).	»	»	Lobe occipital.	D.	»
21° **Trukenbrod**..... (63° *Réunion des méd. et natur. allemands*, 21, 25 sept. 1892).	54	H.	Lobe temporo-sphénoïdal.	G.	»
22° **Hatch**..... (*Lancet*, 1er semestre 1892, p. 628).	27	H.	D°	D.	1 once 1/2 de pus de bonne nature.
23° **Gluck**..... *Berlin. Klin. Wochens.* 1891).	5	H.	D°	G.	»
24° **E. Darde**..... (*Obs. inédite*).	23	H.	D°	G.	Petit trou de 5 à 6mm sur le toit du tympan, en regard dure-mère enflammée et érodée. Abcès du volume d'un œuf de poule ouvert dans le ventricule latéral et séparé de la dure-mère par 1/2 cent. de tissu sain. Pus mal lié blanc grisâtre contenant des débris de cerveau et d'odeur infecte.
25° **E. Darde**..... (*Obs. inédite*).	24	H.	Lobes frontal et tempora-sphenoïdal.	G.	Vaste poche purulente dans les deux côtes. Volume du poing énorme quantité de pus. Au sommet du rocher deux vacuoles dues à la carie et remplies de pus blanc épars. Nerf auditif et facial entourés de pus pénétrant assez profondément dans le conduit auditif interne.

Digitized by Google

AGE DE L'OTITE	CAUSE déterminante de L'ABCÈS.	TRAITEMENT.	RÉSULTAT.
3 ans (Suite de rougeole).	»	Ouverture des cellules mastoïdiennes.	Guérison.
12 ans (Suite de variole).	»	D°	Guérison.
Otite récente due à l'influenza.	»	Ouverture au ciseau de l'apophyse mastoïde et des portions osseuses situées au-dessus et correspondant à la pachyméningite purulente.	Guérison.
Otite moyenne récente due à l'influenza.	»	Schede ouvre l'abcès par la paroi supérieure de l'antre. Drainage.	Guérison en 4 semaines.
Récente.	»	Trépanation.	Mort le lendemain.
Otite par corps étranger (pois).	»	Trépanation.	Guérison.
Otite remontant à l'enfance.	Polype.	Pas d'intervention.	Mort.
D°		D°	D°

Digitized by Google

II

TROIS FAITS DE TROUBLES DE L'OUIE LIÉS A UNE NÉVROPATHIE

Par le Dr **GELLÉ**

J'ai annoncé trois faits ; j'en aurais pu donner davantage. Ceux que j'ai choisis offrent, comme grossis et amplifiés à dessein, les traits spéciaux à la forme clinique de la surdité, dont je veux occuper la société.

Dans un cas, la surdité est intense ; la sclérose, indiscutable, date de loin; les accidents graves sont récents; et cependant ils offrent le cachet auriculaire précis; un phénomène pathologique nouveau a causé un ébranlement acheux dans la fonction labyrinthique déjà atteinte.

Dans un autre, l'audition excellente d'ailleurs, subit des oscillations remarquables sous l'influence d'états nerveux variables, dont la succession se trahit nettement par les variations de la courbe de l'ouïe.

Le troisième fait offre un exemple peu commun d'une excitabilité étrange des centres réflexes, et de la sensibilité des téguments auriculaires et nasaux.

Dans tous les cas, qu'il y ait lésion évidente ou faible de l'organe auditif ; celui-ci est secondairement frappé et réagit avec une activité anormale, causant les accidents les plus sérieux ; mais le point de départ de ces excitations insolites est tout à fait en dehors des oreilles et plus général.

Observation I.

Etat catarrhal; spasmes et éternuements suivis de chutes, après le humage.

H..., 46 ans, profession active, atteint de bourdonnements d'oreilles depuis vingt ans; est sujet au coryza et aux névralgies faciales.

Digitized by Google

Depuis un mois (29 janvier), douleurs vives au sommet de la tête; flux nasal énorme ; il salit trois mouchoirs par jour, tousse facilement, et davantage chaque hiver.

La toux lui casse la tête et lui donne des bourdonnements ; il est aussi bien plus sourd l'hiver au moment de ses douleurs et de ses poussées catarrhales.

Il fait répéter et a l'air étonné des sourds.

Au moment de ses rhumes, il est tourmenté par des éternuements violents, incessants ; et il se mouche à chaque instant.

La montre est perçue collée au méat à droite et non à gauche ; et sur le crâne nulle part.

Le D. V. est central et plus fort perçu que par l'air des deux côtés. Les pressions sont positives, mais le son du D. V. éteint à chaque coup ; les réflexes binauriculaires manquent.

Les tympans sont scléreux mats, enfoncés, opaques, sans triangle ; les deux trompes sont imperméables actuellement... ; pharynx réduit par le gonflement de la muqueuse sèche, cramoisie, tendue, formant deux replis latéraux épais.

Rhinite hypertrophique, sans exsudat adhérent ; sécrétion aqueuse rarement épaisse et colorée.

(Fumigations phéniquées, huile de menthol en instillations, potion térébenthinée et bromurée le soir.)

Le 14 février. — La montre est entendue à 9 centimètres, mais les névralgies redoublent et la sténose nasale est excessive ; enchiffrènement et éternuements (sulfate de quinine ; badigeonnages à la cocaïne ; humages d'eau salée très chaude) ou additionnée de sulfate de soude et sel de cuisine, de chaque 2 grammes pour eau bouillie 250 grammes.

Le 7 avril. — Le malade a refusé les fumigations et ne peut supporter les humages, qui l'étourdissent, ni aucun topique. Ces jours-ci, il a été soudain pris d'un violent éternuement au moment où il humait, et a été aussitôt jeté à la renverse par un étourdissement, avec douleurs vives de lumbago, sans perdre connaissance. Son lumbago l'a tenu huit jours au lit. Mais depuis lors, sans humage, il a été pris de plusieurs éternuements successifs, et, au troisième, il a été précipité à terre sans perte de connaissance ; sa face est vultueuse, congestionnée. Le Politzer que j'exécute cause un accès de toux suffocante. L'inspection du tympan avec le spéculum plein est impossible. Le contact, non douloureux cependant, de l'instrument, et malgré la bonne volonté évidente du sujet, provoque une toux spasmo-

Digitized by Google

dique, avec étranglement, un spasme glottique avec aphonie presque complète ; puis, la voix sort enrouée, sourde, et la respiration aussitôt devient sifflante et difficile !

La fumée, la poussière lui causent les mêmes crises laryngées spasmodiques. Cependant l'air a pénétré avec le Politzer sans causer de vertige ; aussitôt la montre est perçue à 20 centimètres à droite et à 15 centimètres à gauche.

J'apprends que le père du malade était asthmatique ; lui n'a jusqu'ici souffert que de ses bronchites et rhumes de cerveau avec éternuements rebelles.

La cocaïne a été mal appliquée, le sujet étant très intolérant et le moindre attouchement provoquant des secousses de toux et d'éternuements ; mais peu à peu le traitement ioduré, le lait et les topiques huileux ont ramené le calme ; l'oreille droite est devenue assez bonne. M = 30 centimètres.

Le sujet est couvreur ; et au dire de son médecin, n'aurait pas d'habitudes alcooliques, mais cela est discutable.

L'hérédité de l'asthme, suffit-elle pour expliquer l'hypéresthésie extrême de la muqueuse nasale et de la peau du conduit, et les réflexes exagérés observés, cela me semble admissible.

L'observation qui précède montre, dans le cours d'une affection auriculaire chronique, les accidents nerveux les plus caractéristiques d'une névrose des voies aériennes chez un arthritique.

Dans l'observation suivante, les troubles nerveux, aussi sérieux, ont leur point de départ sur une autre zone du pneumo-gastrique ; l'affection auriculaire est là aussi présente et cause prochaine des troubles nerveux de l'équilibre, mais c'est de l'estomac et de l'appareil digestif que partent les excitations premières ; et si l'appareil symptomatique est analogue, les prodromes en sont exclusivement intestinaux.

Observation II.

Surdité, vertige de Ménière ; dyspepsie, constipation arthritique ; vertige provoqué par la mastication. Guérison.

Ce malade, très intelligent et éclairé, a souffert pendant dix-

Digitized by Google

huit mois de vertiges avec surdité gauche et sensation de battements pulsatiles de ce côté.

Il a été soigné comme atteint du vertige a stomacho lœso, sans succès.

La surdité date de 16 ans; mais les battements sonores ne le tourmentent que depuis six années ; les vertiges ne datent que depuis dix-huit mois ; cette marche de l'affection est absolument digne de remarque, le vertige auriculaire ayant une évolution le plus souvent inverse. Mais ici à l'affection otique s'ajoutent d'autres éléments pathologiques prédominants, mais qui ont une action évidente sur l'oreille.

La sclérose est admise à gauche, et l'ankylose de l'étrier claire.

D. V. perçu moins que par l'air à droite.

D. V. perçu plus que par l'air à gauche.

D. par l'air à peine à gauche.

D. V. éteint perçu encore à droite et non à gauche; D. V. non mobile, M. = 10 centimètres à droite, et Bien perçu sur le front et non sur la mastoïde, M. à gauche = O.

Pressions positives à droite, négatives à gauche. Réflexe = O

Pas de vertige provoqué.

Pharynx atrophique, granulations autrefois.

Le vertige s'accompagne de tournoiements et rarement de nausées et de vomissements.

Vertige au moindre mouvement de la tête, d'une durée de quelques minutes, laissant à sa suite une grande lassitude et la tête vide.

Le matin au réveil, le malade titube ; le sentiment de défaillance diminue au milieu du jour.

Vertige au lever, dans le décubitus latéral, et dans les efforts de défécation ; le tapage de la rue l'accroît.

Mais le phénomène le plus étrange, c'est l'apparition du vertige dès que le malade veut serrer les mâchoires, et mastiquer ; l'accès vertigineux formidable se produit aussitôt ; le sujet doit cesser de mâcher.

Il en est résulté une situation des plus pénibles ; l'alimentation était rendue impossible.

— Si l'on interroge le sujet, on apprend que tout effort musculaire, tout travail intellectuel, l'écriture, la lecture même, sont aussi bien l'occasion d'accès vertigineux.

Aussi toute occupation, toutes les affaires ont dû, depuis lors,

Digitized by Google

être supprimées; plus de clientèle, plus de conservation, isolé ment forcé.

Le malade n'ose sortir seul; il a de l'agoraphobie.

Et cependant le sujet va mieux, car il a pu venir à Paris; il y a deux mois, il m'avait fait écrire par un ami que cela lui était encore impossible.

Il est clair qu'un état neurasthénique s'ajoute à l'affection binauriculaire; celle-ci est nette, car l'oreille, qui reste encore active, s'affaiblit rapidement depuis ces accès vertigineux.

Cependant, on peut causer sans fatigue avec le malade quand on se place à sa droite.

Depuis le début de ces crises, la digestion a toujours été difficile; il y a une pneumatose stomacale et intestinale énorme après les repas; et c'est la cause fréquente du retour des malaises. Souvent aussi, ceux-ci apparaissent quand l'estomac est vide, s'il y a de la gastralgie, une émotion, etc.

— Un an après, le malade me revient tourmenté de sa surdité qui progresse, de ces bruits qui ne le quittent pas, mais plus stable sur ses jambes, plus gai et moins vertiginé surtout.

Il n'y a plus d'accès maintenant: son estomac est meilleur; ses digestions ne le font plus souffrir; il mange sans terreur; ses garde-robes sont régulières, il sort, et s'occupe quelque peu de ses affaires. Avec la poire, l'air passe à droite sans rien modifier; l'audition de la parole est encore possible, à voix haute et de face.

Le malade avoue n'avoir voulu suivre aucun traitement général pendant ces vertiges et dans ces crises. C'est avec le temps, par le repos, le calme, la cessation absolue des affaires et des tracas, par le séjour à la campagne, qu'il a combattu le mal et obtenu l'amélioration actuelle. La sclérose otique a continué sa marche lente; et la surdité est définitive grâce à cette indifférence. De grands chagrins avaient été la cause déterminante de l'état neurasthénique, des troubles digestifs et par ricochet des vertiges, des bruits, etc. La surdité, qui s'est accrue lentement progressivement, témoigne trop bien de la participation du la byrinthe aux troubles observés. La provocation du vertige par la mastication s'explique si l'on se rappelle la synergie d'activité du tenseur tympanique et des muscles masticateurs.

Pour ma part, bien que cette étiologie des vertiges auriculaires et leur fréquence au moment ou après les repas soient des notions acquises depuis longtemps, j'avoue n'avoir jamais rencontré un sujet qui m'ait offert une détermination du phé-

Digitized by Google

nomène aussi durable et aussi intense, car il était menacé d'inanition, par l'impossibilité de serrer les dents sans voir apparaître son accès.

Cette observation montre une fois de plus que les affections de l'estomac retentissent d'une façon très énergique sur le labyrinthe et provoquent chez un névropathique atteint de sclérose auriculaire toute la série symptomatique si curieuse et si redoutable du labyrinthisme, état de souffrances complexes, où se mêle aux malaises de la neurasthénie, tout le syndrome auriculaire : la surdité, les bourdonnements d'oreilles, les vertiges, l'hypéracousie, les nausées et les vomissements, l'instabilité permanente, l'incapacité intellectuelle, l'abaissement des facultés mentales, l'épuisement des forces et l'affaiblissement de la mémoire, tous symptômes cruellement ressentis par notre distingué malade.

L'hérédité nerveuse et l'origine arthritique sont également notées dans cette observation.

Le troisième fait est aussi un type dans un autre genre, où l'élément névropathique s'ajoute à l'état morbide auriculaire, et lui donne une allure particulièrement intéressante.

Je le résume en quelques lignes.

Observation III.

Mme X..., 30 ans, sèche, maigre, nerveuse, impressionnable, a été à la suite d'une couche assez gravement malade; il lui en est resté un bourdonnement d'oreille à gauche et un léger abaissement de l'ouïe, prétend-elle.

Elle entend la parole très facilement et très nettement à toutes distances, et la montre à 70 centimètres à droite et de 45 centimètres à 50 centimètres à gauche.

Les pressions sont positives; les tympans mobiles avec le seigle et avec le Politzer, qui procure une légère amélioration à gauche.

Tympans secs, opalescents à gauche, tendus, en avant sans vaisseau, avec triangle lumineux vif; rien au pharynx; rien aux navires ; estomac excellent; règles suffisantes.

Au cours de l'interrogatoire, on s'aperçoit des distractions

Digitized by Google

de la dame ; elle répond à l'idée qui la préoccupe plutôt qu'à la question posée ; elle fait aussi répéter ; et dit n'avoir point entendu. J'ordonne un traitement général, puis un peu de massage et les douches écossaises. Trois ans après, irruption de la dame terrifiée dans mon cabinet ; elle devient sourde, elle perd ses oreilles, etc. En effet, la montre n'est perçue qu'à 25 centimètres à gauche, sans que je puisse trouver dans l'état local rien qui explique ce changement. Aucun trouble autre de la fonction que son affaiblissement (sp. de strychnine, douches froides).

Deux mois plus tard, la malade, très gaie, bien en mine, ses lubies passées, dit son mari, a retrouvé 75 à 80 centimètres à droite et à gauche ; la santé physique et morale est excellente.

A quelque temps de là, nouvelle visite ; système nerveux en déchéance ; tristesse, préoccupation, faiblesse, vapeurs, etc., et assourdissement très notable, même appréciable dans l'interrogatoire. Depuis, j'ai pu suivre cette intéressante neurasthénique, et à chaque crise de malaise général, la dominante a toujours été une préoccupation de la perte de l'ouïe, éveillée par un abaissement manifeste de l'acuité appréciable à la montre. Or, j'ai observé ces ondulations de la courbe d'audition si caractériques, en l'absence d'aucun changement concomitant de l'organe ; et j'ai dû admettre un affaiblissement passager du système nerveux, manifeste surtout dans l'appareil de l'ouïe.

Je pense que ces variations curieuses de la courbe d'audition forment un caractère précieux de la surdité nerveuse et la signalent aux observateurs en l'absence des grands troubles généraux des maladies du système nerveux. Mais on doit insister sur ce fait qu'il faut la coïncidence d'une lésion même légère de l'appareil auditif pour que ces manifestations névropathiques soient aussi remarquables ; et la sclérose est la terminaison de ces longues périodes névropathiques dont tout praticien se préoccupe oubliant la lésion otique.

Digitized by Google

III

NOTE SUR UN CAS D'ABCÈS DE LA BASE DE LA LANGUE

Par **L. HÉLARY**, interne à l'hôpital Lariboisière
(*Service du Dr Gouguenheim.*)

S'il est assez commun de rencontrer en clinique, des inflammations diffuses et généralisées de la langue, il l'est beaucoup moins, de voir, à la base de cet organe, des abcès bien localisés, qui, en raison de leur situation profonde, ne peuvent à la simple vue, trahir leur présence par aucun signe extérieur, et ne permettent d'être reconnus malgré l'intensité des signes généraux et fonctionnels, que par l'examen au laryngoscope. Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement un cas de ce genre dans le service de notre maître, M. le Dr Gouguenheim : c'est celui que nous allons rapporter ici.

Dans les différents traités de pathologie, il est peu parlé des abcès de la base de la langue. C'est ainsi que, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Bouisson dit seulement quelques mots de ces abcès circonscrits à la base, qui, pour lui, ne sont qu'une terminaison de la glossite aiguë. Il insiste seulement sur ce fait que le pus, se collectant en avant de l'épiglotte, des accidents graves d'obstruction laryngée peuvent se manifester.

La thèse de Caulier (1885) sur la glossite aiguë contient quelques observations relatives à l'inflammation limitée à la partie postérieure de la langue, donnant lieu ensuite à de la suppuration en foyer.

En 1885, Verchère et Denucé publièrent dans les « Bulletins de la Société anatomique » l'observation d'un abcès de la base de la langue, développé sans cause connue, et qui

Digitized by Google

n'était probablement qu'un kyste suppuré. A la même Société, M. Gouguenheim, dix ans auparavant, avait communiqué le cas d'un abcès du même genre, mais qui était dû à l'irritation produite par un calcul salivaire.

Dans le nouveau Traité de chirurgie, Broca, à propos de la glossite aiguë, parle aussi de l'inflammation de la base de la langue, glossite basique, appelée encore angine linguale par David Craigie. Dans ces cas analogues aux angines phlegmoneuses, l'inflammation est souvent consécutive à un abcès des amygdales.

Dans ces derniers temps, l'attention des laryngologistes a été attirée sur les abcès de la base de la langue, par M. Ruault, à propos d'une variété d'angine phlegmoneuse se développant au devant de l'épiglotte, et dont le siège ne serait autre que la quatrième amygdale. Dans son mémoire publié dans les *Archives de laryngologie* (janvier et mars 1892), il décrit plusieurs observations d'abcès sous-muqueux superficiels de cette région. Cartaz et Luc ont aussi rapporté chacun un cas de la même affection terminée aussi par suppuration.

Dans l'observation que nous allons raconter, il s'agit bien d'un abcès localisé à la base de la langue, ayant débuté d'emblée sans avoir été précédé de glossite. Voici les faits :

Le nommé F. A..., âgé de 17 ans, exerçant le métier de cocher, n'a jamais eu d'affections de la gorge. Comme maladies antérieures, il n'a eu que la rougeole dans son enfance. Il n'a pas d'antécédents héréditaires et ses parents se portent bien. Son état général paraît assez bon. Le debut de sa maladie remonte au dimanche 16 avril. Ce jour-là, pendant qu'il déjeunait, il ressentit, en avalant un morceau de viande, une douleur légère, comme une éraflure due à la présence d'un petit os. Cette douleur ne dura qu'un instant, et il continua son repas sans la moindre gêne. Dans la soirée, il éprouva bientôt un petit picotement au fond de la gorge, puis, quelques heures après, il commença à avaler sa salive avec peine. Le lendemain, la douleur avait augmenté d'intensité, mais l'état général n'était pas altéré, et il n'y avait ni frissons, ni fièvre.

Jusqu'au vendredi suivant, le malade continua à travailler, sans plus s'inquiéter de son état. Cependant la dysphagie avait

Digitized by Google

peu à peu augmenté au point que la déglutition des aliments solides était devenue à peu près impossible. Le passage même des liquides déterminait une souffrance très vive.

Dans la soirée du vendredi, la fièvre s'allume avec son cortège habituel de symptômes bruyants, frissons, céphalalgie, courbature, soif vive, sécheresse de la bouche. Dans la nuit qui suit, le sommeil est très agité; le malade commence à éprouver une certaine difficulté pour respirer. Quelques légers accès d'étouffement se produisent, qui le forcent à sortir de son lit pour chercher un peu d'air au dehors.

C'est dans cette situation qu'il se décide, le lendemain, à entrer à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Gouguenheim.

A son entrée, état général déprimé. Peau chaude, fièvre vive ; la température du soir est de 38°6. Respiration difficile, mais sans tirage. Impossibilité d'avaler la salive et tout aliment liquide. Léger gonflement du cou à gauche; on sent de ce côté quelques petits ganglions qui roulent sous le doigt.

Pas de douleurs spontanées dans la gorge, ni d'élancements du côté des oreilles.

La bouche s'ouvre librement, mais les mouvements de la langue sont extrêmement difficiles. Dans toute la partie accessible à la vue, elle n'est ni rouge ni tuméfiée; loin de pendre hors de la bouche comme dans les cas de glossite, il y a au contraire une impossibilité presque complète à l'attirer au dehors.

La voix n'est pas altérée, mais la parole est un peu sourde et embarrassée en raison du peu de mobilité de la langue.

Un simple examen de la bouche et du pharynx ne montre d'abord rien de particulier.

La partie antérieure de la langue qui a son aspect habituel n'est même pas douloureuse à la pression du doigt. Le pharynx présente seulement un peu de rougeur, ainsi que les amygdales et les piliers qui paraissent légèrement enflammés.

Les symptômes généraux et fonctionnels allant en augmentant de gravité, et la maladie n'ayant pas les allures d'une simple angine, on examine le lendemain le malade au laryngoscope : on voit alors au-devant de l'épiglotte, à la base de la langue, une tumeur de la grosseur d'une petite noix, siégeant à la partie moyenne, mais semblant proéminer à gauche, au niveau de la quatrième amygdale de ce côté. Cette petite grosseur s'élevant à la surface de la muqueuse masque la fossette épiglottique. Il n'y a pas d'œdème ni d'augmentation de volume de

Digitized by Google

l'épiglotte ; elle présente seulement un peu de rougeur, et elle semble repoussée en arrière sur le larynx.

La difficulté de l'examen laryngoscopique ne permet pas de voir l'intérieur de la glotte et l'état des cordes vocales. Autour de la tumeur, pas de traces d'inflammation, sinon un peu de rougeur de la muqueuse. Du côté opposé de la base de la langue, rien non plus de particulier : l'amygdale linguale de ce côté n'est ni hypertrophiée ni enflammée.

La pression du doigt enfoncé profondément détermine une vive douleur, et permet de sentir une légère résistance.

Le lendemain, la température se maintient à 38°.

La douleur et la dysphagie sont extrêmes. La respiration est très gênée, et détermine quelques accès d'étouffement. Pour parer aux accidents d'asphyxie, on se prépare à inciser à l'aide du bistouri la collection purulente, quand tout à coup l'abcès s'ouvre spontanément, et, au milieu de la salive s'écoule une quantité assez grande (environ un quart de verre) d'un pus blanc rougeâtre, épais, d'odeur infecte. Déjà la veille, le malade avait dans la bouche un goût désagréable, et quelques crachats étaient même striés de filets purulents.

Aussitôt après l'évacuation de l'abcès, il se fait une détente considérable et une amélioration immédiate se produit. Les troubles fonctionnels s'amendent rapidement : la respiration se fait sans peine. La déglutition de la salive et des aliments ne détermine qu'une gêne légère.

Le lendemain 26 avril, la température tombe à 37°. L'état général est excellent, et le malade pour la première fois mange de bon appétit. A l'examen au miroir, on remarque encore à gauche, en avant de l'épiglotte une petite élévation de la muqueuse, de couleur foncée, présentant au milieu une petite dépression qui correspond à l'orifice de sortie du pus. Les mouvements de la langue sont devenus faciles, et la parole n'est plus embarrassée.

Le pus ayant été évacué spontanément et au milieu des crachats, il a été impossible de le recueillir pour en pratiquer l'examen bactériologique ; mais il est probable qu'on n'y eût trouvé que les microbes ordinaires de la suppuration.

Le malade se sentant soulagé, et n'ayant plus de fièvre quitte l'hôpital pour reprendre son travail.

Dans cette observation, il y a quelques points saillants qui méritent d'être examinés. Tout d'abord la cause qui a déter-

Digitized by Google

miné la formation de l'abcès paraît probante. Dans la plupart des cas connus, la pathogénie de ces abcès reste indéterminée et les raisons banales de l'inflammation ne suffisent pas à les expliquer. Ici, au contraire, comme dans une observation de Seifert où l'abcès de la base de la langue était dû à la pénétration d'un fragment de bois dans la muqueuse, il ne s'agit plus d'une inflammation spontanée : la déchirure produite par le petit os avalé par le malade a ouvert une porte d'entrée aux germes infectieux.

Dans les cas de ce genre il est à remarquer que le diagnostic n'est pas toujours aussi facile qu'il devrait l'être, et que, sans un examen approfondi du malade, on risquerait de commettre plus d'une erreur. En effet, par le simple examen à l'abaisse-langue, la rougeur du voile du palais et du pharynx pourrait faire croire à une simple angine aiguë. L'examen laryngoscopique éclairera immédiatement le diagnostic, en montrant une petite tumeur profonde qui échappait à la vue.

Une dernière particularité intéressante à signaler dans le cas qui nous occupe, c'est l'évolution rapide des accidents fonctionnels qui par leur gravité peuvent mettre en danger la vie du malade. Chez notre malade, en quelques jours, des troubles sérieux du côté de la respiration avaient commencé à se manifester, quand l'évacuation spontanée de la collection purulente vint amener une guérison immédiate. Ainsi donc, en pareil cas, il est tout indiqué d'intervenir rapidement quand l'abcès donne lieu à des troubles sérieux. En l'incisant à l'aide du bistouri ou du galvano-cautère, on donne issue au pus collecté. La guérison survient sans tarder, et le malade se trouve à l'abri des accidents sérieux, qui, en dehors de l'infection microbienne, résultent de l'obstruction mécanique des voies digestives et respiratoires.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

De l'eczéma de la moustache, ses rapports avec les affections nasales, par le Dr Louis Marchand. (*Thèse de doctorat*, Paris, 1892.)

Eczéma pilaire, auquel sa localisation et son étiologie donnent une physionomie toute spéciale. Au début, c'est une dermite superficielle due à l'irritation produite par les écoulements nasaux ; puis, autour de chaque poil se développe une pustule de folliculite ; finalement l'eczéma se constitue.

Aux pullulantes dénominations qui encombrent ce point de dermatologie, Marchand substitue le mot simple d'eczéma de la moustache, pour bien montrer que la lèvre est atteinte seulement dans sa portion pilaire, et non sur sa muqueuse.

L'idée dominante de ce travail, c'est l'importance du rôle de l'écoulement âcre venu du nez. En parcourant l'histoire de la maladie, on voit que, sauf Bazin et Besnier, les auteurs ont prêté fort peu d'attention au côté nasal de cette affection. Plus moderne, Unna, en 1888, affirme que pour guérir ce *sycosis coccogenic,* il faut soigner d'abord la maladie du nez. A la même époque, Klotz, à New-York, soutient que les sycosis de la lèvre supérieure ne sont que des infections secondaires venues des fosses nasales.

Sans chercher à jeter quelque lumière sur ce groupe très confus de la classification dermatologique, où chaque auteur entasse pêle-mêle à sa guise eczémas pilaires, sycosis, folliculites et périfolliculites, Marchand s'arrête seulement avec complaisance sur ce point, que l'eczéma de la moustache est d'origine nasale. Mais, disciple de l'École de Saint-Louis, il n'ose limiter aussi étroitement cette étiologie, et il nous dit que cette affection relève simultanément de deux ordres de causes ; causes générales, préparant le terrain, prédisposant la lèvre supérieure à l'eczématisation (arthritisme et herpétisme de Bazin, ralentissement de la nutrition de Bouchard, toxémie de Gaucher) ; causes locales, qu'il réduit à une seule, l'*écoulement nasal*, le *sykotischer Schnupfen*, rhume sycotique de Unna. C'est par son intermédiaire que peuvent engendrer l'eczéma de la moustache : le

Digitized by Google

froid, le tabac, les poussières irritantes. La rhinite hypertrophique, la déviation de la cloison, les polypes muqueux, les sinites maxillaires sont les lésions nasales que Marchand a constatées dans les cas soumis à son observation.

Symptomatologiquement, deux formes principales :

1° Une forme presque purement pustuleuse se rapprochant du sycosis simple de Bazin, moins les tubercules et les indurations. Elle est rare, et s'observe surtout dans les récidives. Groupement de pustules confluentes, chacune centrée par un poil ; conglomération après dessication, en une croûte jaunâtre ; terminaison par une dermite superficielle peu tenace ;

2° Une forme eczémateuse franche, la plus fréquente. Au-dessous des narines, à la suite d'écoulements du nez prolongés ou répétés, se montre un petit placard rouge, squameux, prurigineux, qui s'étend, gagnant d'abord ou même exclusivement le côté de la moustache correspondant à la narine affectée ; en même temps, œdème de la lèvre. Arrive la période de folliculite : incessantes poussées, presque quotidiennes, de pustules à centre pilaire ; en même temps, dans l'intervalle, la peau se recouvre d'un eczéma suintant, dont la sécrétion, en se desséchant, recouvre la lèvre supérieure d'une carapace de croûtes. Par le traitement, la pustulation cesse, puis l'eczéma ; mais la peau reste ridée, rouge, et ne reprend sa souplesse qu'au bout de quelques mois ; jamais de calvitie durable.

Tant qu'on n'a pas traité le nez, cette affection récidive sans cesse. Besnier l'a justement nommée : *eczéma récidivant de la lèvre supérieure ;* à la longue, il peut y avoir une telle hypertrophie de la lèvre que celle-ci arrive à oblitérer l'orifice des narines.

Il y a, dans l'espèce, deux diagnostics à faire, d'importance égale :

1° Reconnaître l'existence de l'eczéma de la moustache ; l'herpès, l'acné ne peuvent prêter à confusion ; l'impétigo forme des croûtes jaunâtres à l'entrée des narines ; dans le sycosis parasitaire, la présence d'un seul foyer à développement excentrique, la saillie des pustules en durs et gros tubercules, surtout la constatation du trichophyton ne permettent pas l'erreur ; au reste, rien de rare comme un sycosis parasitaire débutant exactement sous une narine ; seul, le sycosis vrai est difficile à différencier de l'eczéma : mais il frappe le derme plus à fond, se localise plus étroitement autour des follicules pileux, siège plutôt

Digitized by Google

à la barbe et aux favoris ; l'existence de nodosités dermiques, l'atrophie des poils plaident aussi en sa faveur ;

2° Constater l'existence d'une lésion nasale, en rapport étiologique direct avec l'éruption labiale.

Le traitement s'adressera à ces deux éléments. Il pourra en même temps être *général*, si l'on ne veut pas rompre avec la doctrine française ; il sera avant tout *local*.

Dans la forme légère : ne pas épiler, mais couper court la moustache avec des ciseaux courbes (rasure juive) ; déterger la lèvre par des pulvérisations émollientes, l'application de tarlatane humide ; puis, nuit et jour, maintenir sur la lèvre une couche de la pâte de Lassar, faiblement salicylée ; et quand arrive enfin la phase régressive d'érythème, hâter sa résolution avec de la pommade à l'icthyol.

Dans les récidives, et même à la première atteinte si ces moyens échouent : épilation complète, douches de vapeur et applications permanentes de caoutchouc. Pendant la convalescence, si les poils repoussent irréguliers, déviés, épiler jusqu'à ce qu'ils aient repris la direction parallèle ; et au besoin, si la lèvre reste très épaisse, la scarifier suivant la méthode de Vidal.

Mais, mieux qu'avec tous ces moyens, on peut prévenir les récidives en empêchant le flux nasal d'irriter la lèvre : à la rigueur, on se contenterait de boucher les narines avec des tampons d'ouate hydrophile ; il est cependant infiniment préférable de s'attaquer directement à la lésion du nez et de la guérir, quand on le peut. M. L.

Étude sur les abcès des sinus frontaux, considérés principalement dans leurs complications orbitaires, leur diagnostic et leur traitement, par A. Guillemain. (G. Steinheil, 1892. 1 vol. in-8°, 56 p.)

Cette étude intéresse plutôt l'oculiste que le rhinologiste : elle considère, en effet, l'empyème du sinus frontal dans sa forme rare où il s'extériorise au point de mériter l'attention du chirurgien, et devient à la vérité une affection orbitaire. Une courte leçon de M. Poirier sur l'anatomie des cavités frontales lui sert d'exorde : on y trouvera d'intéressants détails. Guillemain refuse à la tuberculose et à la syphilis toute participation étiologique à l'empyème frontal : les seules causes qu'il en reconnaisse sont : 1° les maladies infectieuses prédisposant l'organisme à la suppuration ; 2° le traumatisme ; 3° les inflam-

Digitized by Google

mations venues du nez par propagation directe ou par voie lymphatique.

Quelques particularités anatomo-pathologiques méritent intérêt; ainsi l'aspect du pus : sa fétidité est extrême et son mélange au mucus lui donne une consistance tellement visqueuse que, en se refroidissant, il se prend en masse comme une gelée. En s'écoulant, ce pus entraîne parfois des sequestres de forme pathognomonique, minces, concaves, semblables à un fragment de coquille d'œuf; lisses sur une face, rugueux sur l'autre, il ne sont que des fragments de la lame même qui sépare l'orbite du sinus.

Dans le chapitre consacré aux symptômes, les complications oculaires sont le mieux étudiées : elles sont, du reste, d'une fréquence relative, puisque la paroi orbitaire du sinus est la plus mince de ses trois faces, celle qui, la première, cède sous la poussée de l'empyème. « On pourrait même, dit l'auteur, considérer l'ouverture dans l'orbite comme la terminaison naturelle des abcès du sinus frontal abandonnés à eux-mêmes. » L'abcès confluent fronto-orbitaire occupe la partie interne du rebord sus-orbitaire, au niveau du grand angle de l'œil; il n'est pas rare, en le comprimant, de voir son contenu s'échapper par la narine correspondante. Sa présence entraîne *des phénomènes compressifs du côté de l'œil :* œdème avec allongement de la paupière supérieure dédoublée par le pus; chemosis séreux; immobilisation du globe de l'œil repoussé en avant, en bas, en dehors ; malgré la diplopie qui en résulte, l'acuité de l'œil dévié reste toujours normale. L'œdème de la pupille avec dilatation des veines, le larmoiement par compression du sac sont plus rares.

L'auteur étudie avec détails un type spécial de suppuration auquel son maître, M. Panas, a donné le nom d'*abcès circonvoisins :* abcès orbitaires, symptomatiques d'un empyème du sinus frontal, mais ne communiquant pas avec celui-ci. Ici la pression ne peut faire refluer le pus dans les fosses nasales, l'incision fait seulement disparaître les signes de compression orbitaire ; les intolérables douleurs n'en sont pas amendées et ne cèdent qu'à la trépanation du sinus lui-même. Rien de plus simple que le mode de formation de ces abcès : périostite orbitaire par propagation de l'inflammation du sinus à travers la mince lamelle osseuse qui le borne.

En fin de compte, le malade arrive souvent à la phase interminable de *fistule du sinus frontal*; de temps à autre des réin-

Digitized by Google

fections, venues de l'air ou du nez, coupent la monotonie de cette affection d'une poussée aiguë avec fièvre et parfois érysipèle de la face. On a vu de ces malheureux garder ainsi pendant dix-sept ans une fistule permanente.

Ouverte dans l'orbite, la sinite frontale simulera le phlegmon orbitaire, la ténonite, l'abcès du sac, la carie de l'orbite : l'oculiste possède en l'espèce des signes diagnostics suffisants pour se tirer d'embarras.

Quant au traitement, il n'en est qu'un seul à employer, la trépanation par voie sus-orbitaire. Une fois largement ouvert, le sinus pourra être bourré de gaze iodoformée ; mais souvent ce pansement cause une rétention du pus qui amène de nouvelles douleurs. On pourra aussi favoriser l'évacuation du pus à l'aide d'un drain sortant par la plaie orbitaire. Mais le moyen le plus sûr d'éviter la fistule permanente est de rétablir la perméabilité du canal frontal et de l'infundibulum, en cathétérisant celui-ci de haut en bas, l'instrument entrant par la plaie, sortant par la narine, et allant chercher ainsi un drain de caoutchouc qu'il ramène par cette voie : c'est ce procédé de *drainage fronto-nasal* qui donne les meilleurs résultats, et que Guillemain conseille d'employer à l'exclusion des autres. M. L.

Du traitement par l'électrolyse des déviations et éperons de la cloison du nez, par J. Bergonié et E.-J. Moure. (1 br. in-8° de 70 p., Bordeaux, Feret et fils, 1892.)

Le haut intérêt que présente ce travail réside dans l'étude approfondie faite de la méthode électrolytique appliquée à la rhinologie, principalement en ce qui a trait aux rapports à saisir entre les phénomènes observés en clinique et les lois physiques qui les régissent : la compétence spéciale des auteurs en électrothérapie justifie la longueur de cette analyse. D'après Bergonié et Moure, l'électrolyse est la méthode de choix dans la destruction des difformités de la cloison, que l'on ait affaire à une déviation simple, à une crête ou, ce qui est le cas le plus fréquent, à une déviation avec épaississement. Les méthodes sanglantes (bistouri, emporte-pièce, scie) donnent certainement de bons résultats, mais elles causent de grandes douleurs et mettent en jeu un appareil chirurgical qui, à juste titre, effraye souvent le malade. Il faut, pour décider les patients à se débarrasser d'un mal qui les inquiète peu et avec lequel ils ont vécu de longues années, un moyen qui agisse presque sans douleur et sans hémorrhagie. Ce moyen est réalisé par la méthode élec-

Digitized by Google

trolytique que Miot, le premier, en 1888, préconisa en France dans le traitement des épaississements de la cloison, et qui fut reprise avec succès et perfectionnée dans son application par Garel (de Lyon) et par Moure (de Bordeaux).

Vaut-il mieux employer la méthode monopolaire ou la méthode bipolaire?

Miot a pratiqué les deux procédés, réservant toutefois ses préférences pour la méthode monopolaire négative, avec électrode indifférente positive placée sur le bras ou introduite dans l'autre narine.

Garel s'est d'abord servi de la méthode monopolaire, en introduisant dans le nez plusieurs aiguilles, reliées au pôle négatif, et accouplées en quantité.

Bergonié et Moure préfèrent la *méthode bipolaire* avec une seule aiguille reliée à chaque pôle. Avec ce procédé, les douleurs et autres phénomènes irradiés (phosphènes, goût métallique) sont presque annulés : le malade perçoit seulement dans le nez une sensation de déchirure fort supportable. Un autre avantage, qui n'est pas non plus à négliger, est que le résultat cherché est obtenu en une séance.

L'incontestable supériorité de la méthode bipolaire ne s'était encore affirmée jusqu'ici que par la constatation des résultats cliniques; or, et ceci est le point le plus intéressant de ce travail, elle trouve son explication scientifique dans la disposition qu'affectent dans ces deux méthodes les lignes de flux et les lignes équipotentielles du courant électrolytique.

Ce qu'on recherche avant tout, dans l'opération des éperons de la cloison, c'est de détacher l'épaississement suivant un plan parallèle à la cloison elle-même pour en éviter la perforation : cette « section électrolytique » idéale ne peut être obtenue que par le procédé bipolaire. En effet, lorsqu'une aiguille est enfoncée dans la cloison, les lignes équipotentielles du courant étant concentriques à l'aiguille produisent une eschare circulaire; pour cliver l'épaississement, il faut donc faire plusieurs piqûres successives le long du plan de la section électrolytique désirée; il en résulte qu'il faut plusieurs séances pour guérir le malade. De plus, la disposition rayonnante des lignes de flux explique les irradiations douloureuses qui se répandent dans toute la tête. Employons, au contraire, la méthode bipolaire; enfonçons l'aiguille de chaque pôle à l'une des extrémités de la ligne suivant laquelle nous voulons sectionner l'éperon nasal; la densité maxima du courant se trouvera sur

Digitized by Google

cette ligne qui unit les deux aiguilles ; la section électrolytique suivra fidèlement sa direction ; et ainsi le courant aura son maximum d'efficacité avec un minimum d'intensité. D'autre part, les lignes de flux étant concentrées pour la plupart autour de cette ligne interpolaire, s'irradient fort peu; donc, pas de douleurs au niveau des incisives, pas de salivation, pas de phosphènes.

Quant à la *multipuncture monopolaire*, dont Garel a maintenant reconnu l'inefficacité, elle est très douloureuse et peu active ; douloureuse, car les lignes de flux sont très divergentes ; peu active, car la densité du courant électrolytique est minima au niveau de la ligne interpolaire.

Dans la méthode monopolaire le choix du pôle actif avait quelque importance. Miot, Garel s'accordaient à choisir le pôle négatif qui est plus destructeur, produit une eschare molle non rétractile. Or, histologiquement, Weiss a montré que les lésions destructives sont les mêmes à chaque pôle ; avec la méthode bipolaire, il n'y a plus à se préoccuper de ce détail.

Quelle force électro-motrice, quelle intensité doit-on employer ?

On peut assimiler, au point de vue électrolytique, les tissus humains à une solution de chlorure de sodium à 5/1000. Pour décomposer pareille solution, la force électro-motrice doit être de 4 volts 184 au moins, tension minima toujours largement dépassée par les appareils employés en clinique.

Reste à déterminer l'intensité du courant à employer. C'est en coulombs qu'il faut apprécier la quantité d'électricité à utiliser pour détruire un éperon donné. Or, suivant la formule $Q = It$, l'intensité nécessaire sera en raison inverse de la durée pendant laquelle passe le courant : on fera varier à volonté ces deux facteurs, ayant soin de ne jamais descendre au-dessous d'une intensité de 5 milliampères.

La technique de l'opération est simple. Mieux vaut se servir de deux aiguilles séparées, dont le point d'implantation peut ainsi être varié suivant les exigences de chaque cas : il faut se servir d'aiguilles d'acier qui pénètrent mieux dans les tissus que celles en métaux précieux ; chaque aiguille sera isolée à l'aide d'un petit tube de caoutchouc très mince.

Bergonié et Moure emploient comme source d'énergie quelques éléments à grande surface, type Léclanché modifié par Bergonié ; un galvanomètre gradué en milliampères, de préférence du type d'Arsonval-Gaiffe, doit être introduit dans le circuit. C'est à

Digitized by Google

l'aide d'un rhéostat intercalé qu'il faut diminuer ou augmenter la force électro-motrice, car en retranchant, en ajoutant successivement les éléments au circuit à l'aide d'un collecteur, on détermine à chaque mouvement de celui-ci une variation brusque d'intensité qui amène douleurs, phosphènes, etc.

La séance électrolytique doit durer environ un quart d'heure : l'intensité de 5 milliampères au début monte graduellement à 30 pour redescendre peu à peu à 5.

Ce n'est qu'au bout de quarante-huit heures qu'on peut juger des dimensions de l'eschare obtenue : généralement celle-ci met une quinzaine de jours à tomber. Après sa chute, on régularisera la plaie avec le galvanocautère. Le plus souvent, une seule séance suffit, si la section électrolytique a été bien faite.

M. L.

Les érythèmes infectieux, en particulier dans la diphtérie, par le Dr Jean Mussy. (*Thèse de Doctorat*, Paris, 1892. Steinheil.)

La nature de ces érythèmes infectieux a été longtemps méconnue; longtemps on a cru à des fièvres éruptives venant se surajouter à la maladie première. Ils sont actuellement nettement définis, dans leur type, dans leur pathogénie; en particulier, ceux qui compliquent la diphtérie semblent dus aux produits solubles sécrétés par le streptocoque, qui habite les fausses membranes; les toxines de ce dernier agissant sur les centres vaso-dilatateurs, favorisent les congestions cutanées et la diapédèse.

Ces éruptions étant très éphémères et se montrant parfois tout à fait au début peuvent échapper à l'observateur; de là la diversité des opinions sur leur fréquence : Mussy les a notées 12 fois sur 94 cas. Elles durent de trois à quatre jours.

Elles apparaissent tantôt au début, pendant le premier septenaire, et ont peu de gravité; d'autres fois, elles se montrent à la fin de la maladie et, témoignant d'une infection secondaire dans un organisme affaibli, assombrissent singulièrement le pronostic.

Elles débutent aux poignets, aux coudes, aux genoux, et respectent le cou et la face.

Parmi elles, on peut distinguer les types suivants :

1° *Érythème polymorphe,* la variété de beaucoup la plus fréquente.

Formes cliniques variables : érythème lisse en plaques; éry-

Digitized by Google

thème marginé, circiné; érythème papulo-tuberculeux. — Ces divers éléments peuvent se mêler, constituant ainsi le polymorphisme.

2° *Érythème rubéolique*, impossible à distinguer de la rougeole autrement que par l'évolution de l'éruption qui, rapidement, aboutit au polymorphisme.

3° *Érythème scarlatinoïde*, pseudo-scarlatine que Mussy n'a jamais vu s'établir d'emblée : toujours elle faisait suite à un érythème polymorphe.

4° *Érythèmes scarlatiniformes desquamatifs*, du type Brocq, à poussées successives, aboutissant à la desquamation en grands lambeaux.

5° *Érythème purpurique*, forme très rare, observée en Allemagne. M. L.

Sur l'empyème de l'antre d'Highmore et son origine dentaire, par G. Scheff. (Wien, 1891. Lib. Alfr. Hölder. Analysé d'après les *Arch. gén. de méd.*, mars 1892, p. 365.)

Scheff réserve le mot empyème aux collections purulentes du sinus maxillaire qui ont amené une dilatation de cette cavité. Ainsi compris, l'empyème est toujours d'origine dentaire. Les débris para-dentaires de Malassez peuvent, quand ils continuent à se développer, déterminer un empyème du sinus, suivant le siège qu'ils occupent : ce sont surtout les lésions des deuxièmes petites molaires, premières et deuxièmes grosses molaires, qui doivent être prises en considération. Les abcès alvéolaires, les affections des racines qui font saillie dans la cavité du sinus, les extractions dentaires mal faites sont également facteurs d'empyème.

Les meilleurs signes d'empyème du sinus maxillaire sont et demeurent ceux que les anciens cliniciens ont indiqués : eclasié des parois, écoulement purulent par la narine correspondante, douleur sourde ou simple sensibilité à la pression, gêne ou impossibilité pour le courant respiratoire de passer dans la fosse nasale du côté malade.

Relativement au traitement, Scheff pose les conclusions suivantes :

1° La voie nasale ne doit pas être recommandée; c'est la voie buccale qui doit être préférée.

2° L'ouverture doit être pratiquée aussi profondément que possible et être graduellement agrandie à l'aide de dilatateurs appropriés.

Digitized by Google

3° C'est seulement lorsque l'ouverture est devenue assez large, qu'elle est bordée par un liseré épithélial, et qu'on peut pénétrer dans le sinus sans provoquer ni douleurs, ni saignements, qu'il est indiqué de supprimer les lavages et le drainage, et de recourir à un traitement par les pansements et les cautérisations.

M. L.

Beitrag zur Atiologie und therapie des Empyema antri Highmori. (Contribution à l'étiologie et au traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore), par A. Kuchenbecker. (*Thèse de Wurzburg*, 1892.)

L'étude est basée sur 31 observations prises à la clinique otolaryngologique de Bâle, et, parmi les malades du Dr Siebenmann ; 5 cas d'empyème aigu, dont 4 guérisons, 23 cas d'empyème chronique dont 13 guérisons.

Dans tous les cas on appliqua le traitement de Krause et Schmidt : trépanation alvéolaire, lavage boriqué, insufflation d'iodoforme pendant une durée de huit jours à dix-sept mois.

M. N. W.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE ALLEMANDE

Compte rendu de la première réunion,
par M. le Dr A. Joly, de Lyon.

Séances des 17 *et* 18 *avril* 1892.

Les professeurs Burkner, Kessel, Kuhn, Luge, Moos et Walb s'étaient réunis et avaient invité les médecins auristes à se réunir, à Pâques de cette année, à *Francfort-sur-le-Mein*, pour constituer une association. Soixante-quatre otologistes allemands ont répondu à leur appel. A l'ouverture de la première séance, les statuts ont été votés. La Société se réunira chaque année. Le lieu et l'époque seront fixés dans la réunion précédente. La prochaine réunion aura lieu aux fêtes de la Pentecôte, l'an prochain, à Francfort-sur-le-Mein.

Nous allons donner un résumé des principaux mémoires lus dans les séances des 17 et 18 avril.

Digitized by Google

Le Prof. Lucæ s'occupe de l'*état actuel de l'otologie et des questions qui lui restent à résoudre d'après le compte rendu de Hirsch et Virchow des progrès réalisés de 1866 à 1890.*

Pendant cette période, il a été publié environ trois mille articles. Parmi les acquisitions définitives, Lucæ cite la fixation du diagnostic de l'otite moyenne purulente, l'influence pernicieuse des maladies infectieuses, les indications plus larges de l'intervention chirurgicale : paracentèse de la membrane du tympan, ouverture de l'apophyse mastoïde, excision de la membrane du tympan avec le marteau et éventuellement l'enclume.

Le Prof. Kuhn rend compte d'*un cas d'adhérence complète du voile du palais à la paroi pharyngienne postérieure, chez une jeune fille âgée de 16 ans.* L'opération fut faite d'une manière beaucoup plus simple que dans le cas publié par Kuhn en 1877. A l'aide du Paquelin, il fit une ouverture de la grandeur d'une pièce de 2 marks dans le voile du palais, et il la maintint ouverte pendant plusieurs semaines par un drain de caoutchouc. Il fit faire plus tard une plaque de caoutchouc durci portant à son extrémité postérieure un tube vertical destiné à être introduit dans l'orifice palatin. La construction et l'usage de cette plaque sont analogues à ceux de la plaque palatine d'un râtelier pour la mâchoire supérieure. La patiente porte l'appareil depuis deux années sans le moindre embarras, et l'ouverture persiste telle qu'elle a été faite.

Le Prof. Kuhn montre un *rhinolithe* qu'il a retiré du côté droit du nez d'une femme âgée de 60 ans. Le corps étranger avait déterminé sur le septum le développement de masses granuleuses d'un volume considérable qui bouchaient complètement le nez et donnaient lieu à une suppuration sanguinolente fétide. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un rhinolithe qui s'était développé autour d'un noyau de cerise.

Le Dr Laker s'occupe du *massage des muqueuses et de ses bons effets dans les maladies d'oreille.* En agissant sur la muqueuse du nez, il arrive à influencer favorablement les affections de l'oreille qui en dépendent. Son expérience actuelle s'appuie sur des observations journalières faites pendant près de deux ans. La sensibilité de la muqueuse et la sécrétion diminuent d'une manière régulière. Les névroses réflexes disparaissent rapidement, et l'examen objectif montre une transformation visible de la muqueuse. En même temps l'oreille présente des signes évidents d'amélioration, les bruits subjectifs diminuent, et

Digitized by Google

a portée de l'ouïe augmente. Le massage de la trompe exerce aussi une influence favorable.

Le Dr Jansen rend compte de *27 cas de phlébite sinusienne observés à la clinique des maladies d'oreille de l'Université de Berlin de 1881 à 1892*. Il signale la grande prédominance des affections du côté gauche.

Il établit sept points de repère pour le diagnostic des collections purulentes extra-duremériennes, dont un seul est décisif, la tuméfaction osseuse en arrière de l'apophyse mastoïde; les autres n'ont d'importance que par leur réunion, mais ils peuvent manquer en présence d'abcès volumineux.

Le pronostic est défavorable à cause de l'incertitude du diagnostic et de l'imperfection de l'intervention opératoire. Les guérisons sont extrêmement rares. Sur les 27 cas, 3 ont été guéris, 2 spontanément, 1 par l'ouverture du sinus. Dans les 3 cas, l'apophyse mastoïde avait été ouverte. Quatre incisions ont été faites, avec une guérison. Une seule fois on a pratiqué la ligature de la jugulaire; l'issue a été fatale.

Le Prof. Moos lit un mémoire sur les *néoplasies et processus qui accompagnent la guérison dans les affections scarlatineuses de l'oreille.*

Pour compléter ses travaux antérieurs sur les modifications présentées par les cas récents de diphtérie, il restait au Prof. Moos à examiner les cas où l'affection de l'oreille date de longtemps. L'occasion lui en a été fournie par un cas à issue fatale de la clinique des maladies des yeux de Heidelberg; il s'agit d'une jeune fille de 12 ans morte de méningite purulente de la convexité et de la base du cerveau; trois ans auparavant, elle avait perdu complètement l'ouïe à la suite d'une scarlatine et d'une diphtérie de la gorge.

L'auteur donne une courte relation de la maladie et décrit en détail les résultats de l'examen microscopique des deux oreilles. Dans la muqueuse de la paroi labyrinthique du côté droit, il a trouvé deux kystes. Il décrit ensuite l'état des muscles internes des deux côtés, des spires du limaçon, du ligament spiral, du canal cochléaire et des aqueducs, et fait remarquer, en terminant, que la méningite était probablement de nature secondaire.

Comme germes morbides, le Prof. Moos a trouvé un staphylocoque entre les fibres nerveuses du nerf acoustique dans le conduit auditif interne et dans le canal central du modiolus, ainsi que dans l'os nécrosé de la capsule cochléaire du rocher droit. Le Prof. Moos ne saurait dire de quel genre de staphylo-

Digitized by Google

coque il s'agit ici, car il n'a pas essayé d'obtenir des cultures, mais en tenant compte de l'intensité de l'action du staphylocoque au point de vue de la production du pus, les larges destructions de l'affection finale n'ont rien d'étonnant. Il n'y avait nulle part des bacilles tuberculeux.

Le Prof. Barth rapporte *un cas d'aphasie dite sensorielle* qu'il a eu l'occasion d'observer. Le malade entend, mais ne comprend pas les paroles prononcées devant lui. Il propose de désigner cette maladie sous le nom de *surdité sensorielle*.

Le Dr Rohrer lit un mémoire sur la *torpeur du nerf acoustique*, nom par lequel Erb désigne un état de diminution anormale de l'irritabilité galvanique du nerf acoustique.

La torpeur du nerf auditif est la suite d'une maladie primitive ou secondaire du tronc acoustique dans son parcours central, névrite, encéphalite, néoplasmes, traumatismes, avec participation directe des nerfs auditifs; ou bien elle est la conséquence de processus ascendants partant de la moelle épinière et de la moelle allongée, et atteignant les racines du nerf acoustique et enfin le nerf lui-même.

Mais en dehors de cette torpidité d'origine centrale, il existe une altération fonctionnelle du nerf acoustique se traduisant par des symptômes cliniques précis et qui doit être envisagée comme une conséquence d'une maladie de l'oreille moyenne. Le résultat de l'exploration physique, la marche et l'effet du traitement ne laissent subsister aucun doute à cet égard. Les altérations de l'équilibre de l'appareil transmetteur du son peuvent déterminer un trouble grave de la faculté de conduction du nerf auditif, en même temps que le labyrinthe conserve la perceptivité de certains sons d'une hauteur donnée.

Rohrer a observé dans les deux dernières années 11 cas de torpeur du nerf acoustique, la plupart concernant des enfants ou des jeunes gens. Les patients étaient atteints de surdité progressive pour la perception du langage, généralement à la suite d'un catarrhe ou d'un refroidissement. En même temps la durée de perception pour les diapasons *ut*, *la*, et *la* appuyés sur les os de la tête était fortement diminuée ou complètement annulée. Les notes élevées étaient conservées; les baguettes sonores, sauf dans un cas, étaient perçues jusqu'à sol_8; l'expérience de Weber se latérisait dans 6 cas du côté de l'oreille la meilleure, dans 3 cas vers l'oreille la moins bonne, et dans 2 cas d'une manière indifférente.

L'expérience de Rinne était positive dans 5 cas des deux cô-

Digitized by Google

tés, négative dans 4 cas des deux côtés, positive d'un côté et négative de l'autre dans 2 cas.

Dans tous les cas, la membrane du tympan présentait une opacité d'un degré variable, le manche du marteau était fortement rétracté et peu mobile. La perméabilité des trompes était plus ou moins diminuée, suivant l'état de la muqueuse naso-pharyngienne. L'introduction de bougies réussissait dans tous les cas.

Dans les cas concernant des individus jeunes, le traitement pneumatique à l'aide du cathéter et du raréfacteur fit reparaître la perception par les os de la tête et l'audition redevint peu à peu normale.

Les commémoratifs ne fournissaient pas d'indication pour une affection du labyrinthe, les bruits subjectifs étaient modérés et d'une hauteur moyenne, il n'y eut des traces de vertige que dans 5 cas. Rohrer conclut de là qu'il s'agit d'une affection du nerf auditif en rapport avec des troubles d'équilibre de transmission du son. Il pense que la rétraction de la membrane du tympan avec le déplacement centripète correspondant des osselets détermine une modification des conditions de pression du labyrinthe, qui suffit à altérer la fonction du nerf acoustique de façon qu'il y ait disparition de la perception du langage et de la transmission osseuse, tandis que les notes élevées de la 7e à la 9e octave restent perçues.

Cette maladie du nerf acoustique aurait un pronostic favorable dans les cas récents, mais à la longue il pourrait survenir une atrophie du nerf et une surdité labyrinthique.

Le Dr Lemcke a été conduit à rechercher les *causes et les moyens de prévenir la surdi-mutité* par la grande fréquence de cette infirmité à Mecklembourg, où l'on compte 9,27 : 10.000 de sourds-muets.

Ses observations l'ont conduit à admettre des causes multiples de la surdi-mutité, parmi lesquelles il distingue les causes terrestres, les causes individuelles et les causes directes.

Les causes terrestres sont :

1° L'altitude;

2° La structure géologique du sol;

3° L'eau sous ses diverses formes de manifestation.

4° Le climat résultant en partie des trois facteurs précédents.

A Mecklembourg aucun de ces facteurs n'a une importanc spéciale au point de vue étiologique.

Digitized by Google

Comme causes sociales, Lemcke note :

1° La densité de la population;

2° La race;

3° Le culte;

4° Le sexe;

5° La situation économique et hygiénique de la famille.

C'est surtout cette dernière qui influe sur la production de la surdi-mutité. Parmi les habitations dans lesquelles les sourds muets étaient nés ou avaient acquis leur infirmité, il y en avait 56 0/0 pouvant être désignées comme malsaines.

Les causes dites individuelles formant le 3e groupe comprennent :

1° L'âge des parents au moment du mariage et à la naissance du sourd-muet;

2° La fécondité et la succession des naissances dans les familles des sourds-muets;

3° La consanguinité des parents;

4° Les antécédents morbides.

L'âge des parents n'influe pas sur la production de la surdimutité; la fréquence et la succession rapide des naissances. Mais le facteur le plus important est constitué par les antécédents pathologiques, parmi lesquels l'orateur signale l'hérédité directe ou indirecte, les maladies d'oreille, les affections constitutionnelles, et notamment la tuberculose, les maladies mentales, les troubles de la vue et l'alcoolisme.

Parmi les causes directes, Lemcke relève dans l'ordre de fréquence : les affections du cerveau, la fièvre scarlatine, les maladies d'oreille, la rougeole, les traumatismes, la rhinite, le typhus, la coqueluche, la diphtérie, la syphilis et la variole.

Lemcke pense avoir apporté par ses recherches une nouvelle preuve palpable qu'il est possible de diminuer la fréquence de la surdi-mutité. Les progrès de l'hygiène et ceux de l'otologie contribueront à amener cette diminution.

Les Drs Hartmann et Siebenmann *projettent avec le sciopticon les images des préparations normales et pathologiques du nez et de l'oreille.*

Le Dr Vohsen démontre un certain nombre de *cas opérés par le procédé de Stacke.*

Le prof. Lucæ présente quelques *instruments.*

Le Dr Szenes lit un mémoire sur une *complication bienfaisante de l'otite moyenne aiguë.* Depuis 2 ans et demi il a observé 21 cas d'otite moyenne purulente aiguë ayant abouti à la gué-

Digitized by Google

rison complète après un traitement plus ou moins long. Dans chacun de ces cas une otite externe diffuse survint au cours de l'otite moyenne, guérit au bout de 3 à 4 jours au plus et les symptômes de l'affection de la caisse disparurent en même temps. Le Dr Szenes publiera les 21 cas in extenso, il se borne ici à quelques mots.

La maladie de la caisse était attribuée 6 fois à un refroidissement ou à un courant d'air, 5 fois à l'influenza, 2 fois à un fort rhume de cerveau, 2 fois à la scarlatine, 1 fois à la rougeole, 1 fois à une amygdalite folliculaire et 1 fois à la maladie maculeuse de Werlhof. En outre la maladie était d'origine traumatique dans 1 cas; dans un autre, elle était survenue à la suite d'un vomissement et dans un troisième à la suite de la douche nasale. Dans 6 cas la maladie était bilatérale, dans 15 unilatérale.

Dans tous les cas l'otite moyenne purulente fut traitée de la manière classique, mais l'otorrhée ne cessa qu'après qu'une otite externe diffuse fut intervenue 3 ou 4 jours auparavant. Lorsque le traitement eut fait disparaître les douleurs causées par cette dernière et que le rétrécissement du méat causé par la tuméfaction de ses parois eut disparu, l'otorrhée s'arrêta aussi et la perforation qui existait antérieurement était déjà cicatrisée ou au moins en voie de cicatrisation.

L'otite externe fut traitée, en cas de forte tuméfaction des parois du méat, par l'application de sangsues sur l'apophyse mastoïde et devant le tragus, puis par des instillations d'acétate d'alumine étendu de 4 fois son volume d'eau, de sublimé (1 : 1000) ou d'acéto-tartrate d'alumine, jointes à l'application sur l'oreille de linges secs et chauds.

Au point de vue du diagnostic différentiel, Szenes fait remarquer qu'il ne faut pas confondre un gonflement des parois du méat dû à une otite externe diffuse avec celui qui résulte d'une participation de l'apophyse mastoïde.

Le Dr Schubert, après avoir rappelé les publications faites jusqu'ici concernant le *traitement par la pilocarpine*, dit qu'en dehors des cas indiqués par les précédents auteurs, il existe encore un groupe d'affections de l'oreille moyenne où la pilocarpine donne d'excellents résultats. Il s'agit de cette phase des otites moyennes purulentes aiguës, où la sécrétion a cessé, la perforation s'est fermée et où cependant l'ouïe ne s'améliore pas par le traitement habituel.

En pareil cas, Schubert emploie depuis un certain nombre d'années le traitement par la pilocarpine, s'appuyant en cela sur

Digitized by Google

l'expérience acquise par lui dans les maladies de l'œil. Dans les altérations de transparence du corps vitré et les exsudations récentes de la rétine, il a obtenu la résorption par l'emploi de la pilocarpine, résorption constatée par l'examen ophtalmoscopique. Schubert a obtenu des résultats tout aussi favorables pour l'amélioration de l'ouïe à la suite de l'otite moyenne purulente.

D'après une expérience de 13 ans, Schubert établit les règles suivantes pour l'emploi de la pilocarpine :

Il y a contre-indication chez les individus âgés et affaiblis ainsi que chez ceux atteints de maladies du cœur.

Les injections ne doivent pas être faites quand l'estomac est plein. Il faut les faire le soir, une heure ou deux avant le repas, faire coucher le patient et ne lui permettre de prendre un peu de nourriture que quand la sudation a cessé.

Il faut commencer par des doses assez fortes, d'au moins 1 centigramme, et augmenter ensuite jusqu'à la limite de la tolérance individuelle.

Schubert termine en s'élevant contre l'abus de l'emploi de la pilocarpine. Elle ne doit pas être employée dans la sclérose où elle est inutile et ne fait qu'affaiblir le patient.

Le Dr Oscar Wolf montre une *balle de revolver enlevée du rocher avec le ciseau* et présente la patiente. La balle en pénétrant dans les cellules osseuses a tellement changé de forme qu'elle ressemble à une préparation par la méthode de corrosion. La conque s'est atrophiée à la suite d'une périchondrite consécutive à l'opération.

Le Dr Vohsen s'occupe des *indications pour la paracentèse de la membrane de Shrapnell.*

Dans les nombreuses publications de ces dernières années sur la pathologie de la partie supérieure de la caisse et les fistules de la membrane flaccide, il n'est pas question de la perforation artificielle de cette membrane, non plus que dans les grands traités des maladies de l'oreille. Pourtant il est des cas où elle est indiquée.

Au point de vue étiologique, on attribue toujours la perforation spontanée de la membrane flaccide à une otite moyenne aiguë ou chronique, qui persisterait dans la partie supérieure après la guérison dans le reste de la caisse avec formation nouvelle d'une membrane formant cloison entre les deux portions; à une affection carieuse de l'espace supérieur et des osselets ou à une suppuration de l'antre.

Digitized by Google

Walb considère les fistules de la membrane flaccide comme étant surtout la suite d'une suppuration dont le germe aurait pénétré dans la caisse par le trou de Rivinus, ou comme la suite d'une otite externe circonscrite ayant accidentellement pour siège le pourtour de la membrane flaccide. Sexton et Blake, dont les observations ont été confirmées par Politzer, ainsi que Gruber, parlent seuls d'une inflammation aiguë de l'attique de la caisse. L'étiologie en est obscure. La membrane du tympan, dans sa partie tendue, conserve sa forme, sa couleur et son éclat normaux. La membrane flaccide seule montre une couleur d'un rouge foncé, les vaisseaux du manche du marteau sont injectés, la courte apophyse indistincte. La rougeur s'étend un peu à la paroi supérieure du conduit auditif. Les parties postérieure et antérieure de la membrane flaccide sont repoussées en avant. On peut obtenir un aspect analogue en aspirant l'air du méat à l'aide du speculum de Siegle.

Walb a observé 5 cas de ce genre. Dans deux cas il s'agissait, comme on le vit plus tard, d'une manifestation partielle d'une otite moyenne générale. La confusion fut due, dans un cas, à des anomalies du tissu et de la tension du reste de la membrane; dans le second cas, une otite externe avec furonculose avait déterminé une inflammation de l'oreille moyenne, et le processus avait été observé au moment de son passage de la paroi supérieure à la membrane flaccide. Dans 3 cas, il y avait une inflammation aiguë isolée de la partie supérieure de la caisse, sans aucun signe de participation des autres parties. Après la paracentèse, la guérison eut lieu en un intervalle de temps variant de une à trois semaines. Dans ces maladies, il doit y avoir suppression de la communication entre la portion supérieure et la portion inférieure de la caisse.

L'indication pour la paracentèse résulte de la vive douleur qui accompagne la maladie. Elle est faite dans la direction du manche du marteau, un peu en avant de la courte apophyse, pour épargner les vaisseaux et les nerfs.

Le Dr Dennert recommande de tenir compte dans l'*épreuve de l'ouïe de l'intensité et de la quantité du son.*

Le Dr Schütz présente un *tonsillotome* pour l'opération des végétations adénoïdes du naso-pharynx.

Le Dr Levy présente un *nouvel acoumètre* et fait, à ce propos, une courte communication sur le résultat des recherches qu'il a faites avec cet instrument dans la prison centrale de Hagenau.

Digitized by Google

L'acoumètre repose sur le principe de modifier l'intensité du son d'une manière mesurable, la distance à l'oreille examinée restant la même. Comme source sonore, il se sert d'une goutte d'eau, du poids de un décigramme, tombant d'une hauteur variable sur une plaque métallique vernie de forme déterminée. La goutte tombe d'un récipient muni d'un tube d'écoulement et d'un robinet, qui peut être élevé et abaissé le long d'un support à crémaillère. Une échelle, divisée en millimètres, permet de lire la hauteur de chute. L'intensité du son est proportionnelle à la hauteur de chute, l'acuité de l'ouïe inversement proportionnelle. On l'exprime par une fraction dont le numérateur est 1 et le dénominateur la hauteur de chute correspondante. Par exemple, l'acuité de l'ouïe est 1/7,5 quand le bruit de la goutte d'eau tombant d'une hauteur de 7c,5 est encore perçu, la distance à l'oreille étant de 25 centimètres. Quand la dureté d'oreille est très accusée, on réduit cette distance à 16,9 ou 4 centimètres et on calcule la portée de l'ouïe pour 25 centimètres. L'oreille est placée dans l'échancrure d'une table en bois rembourrée, que l'on peut rapprocher ou éloigner de la source sonore.

L'examen de 200 prisonnières de Hagenau a donné une acuité de 1/7 pour un âge variant de 15 à 19 ans. Au delà, jusqu'à 44 ans, l'acuité de l'ouïe est restée à 1/10, pour descendre ensuite à 1/13. Les prisonnières isolées paraissent entendre un peu mieux. Ces recherches seront continuées.

Le prof. Barth présente un *miroir de démonstration* permettant à quatre personnes de voir en même temps commodément et d'observer facilement les opérations.

Le Dr Stacke réclame la priorité pour la méthode qu'il a fait connaître au Congrès international de Berlin en 1890, et qui consiste à ouvrir l'espace supérieur de la caisse après décollement du pavillon, méthode qui n'a été décrite par personne avant lui.

Le Dr Walter rapporte un cas d'*évolution rare d'une blessure de la membrane du tympan.*

Une femme, âgée de 30 ans, reçut une blessure de la paroi postérieure du conduit auditif externe et de la membrane du tympan à droite. Sa sœur lui avait fait la plaisanterie de la chatouiller avec un cure-dent pendant son sommeil. Dans le sursaut du réveil, la pointe du cure-dent pénétra dans la paroi postérieure du méat, se brisa, et un fragment blessa la membrane du tympan dans le segment antéro-supérieur. Les douleurs furent modérées, il y eut un peu de bourdonnement d'oreille

Digitized by Google

et l'acuité de l'ouïe fut légèrement diminuée par rapport à celle de l'oreille intacte. L'inspection montra une petite ecchymose de la paroi postérieure et fit découvrir un fragment de bois. La membrane du tympan portait plusieurs ecchymoses et il y avait un petit éclat de bois dans le segment antéro-supérieur. Pas de forte hémorragie. Walter fit l'extraction de l'éclat de bois de la paroi postérieure du méat et de la membrane du tympan, et il resta sur celle-ci une perforation extrêmement fine, un peu teintée de sang. On se borna à un traitement antiseptique et expectatif.

Pour empêcher une propagation de l'inflammation de la paroi blessée du méat, la membrane du tympan fut d'abord recouverte de coton, puis on fit un lavage antiseptique de la paroi postérieure du méat avec une solution de sublimé; on sécha avec soin et on introduisit de la gaze iodoformée. La guérison eut lieu très rapidement. La blessure de la paroi postérieure du conduit auditif fut guérie de très bonne heure, les symptômes inflammatoires de la membrane du tympan disparurent aussi très rapidement, ainsi que les symptômes subjectifs; seulement la patiente se plaignait que l'air passât par l'oreille quand elle se mouchait. L'inspection fit en effet reconnaître encore la petite ouverture au point blessé.

Comme les blessures de ce genre guérissent très rapidement dans la plupart de ces cas par le traitement simplement expectatif, et n'aboutissent que rarement à une otite moyenne purulente, Walter n'avait aucune raison de recourir à un autre traitement. Il n'y eut absolument aucun signe d'inflammation, pas de suppuration, mais la petite ouverture persista, comme on put le constater au bout de sept semaines par le procédé de Politzer et par le cathétérisme. La patiente ne se plaignait que de la sensation de la pénétration de l'air pendant le moucher. Elle sortit de traitement avec la recommandation d'éviter la pénétration de l'eau dans l'oreille malade.

La marche de ce cas est intéressante. Bien qu'il soit désirable dans certaines affections de l'oreille, d'obtenir une ouverture permanente de la membrane du tympan, on n'est arrivé jusqu'ic par aucun moyen, à maintenir une perforation pendant un temps déterminé. Il s'agissait ici d'une perforation traumatique d'une durée déjà très longue. Walter se demande si c'est là un cas accidentel ou si cette marche est due à des circonstances particulières. La jeune femme affirme n'avoir jamais eu auparavant de maladie d'oreille; la membrane du tympan était, d'autre part,

Digitized by Google

complètement normale; il n'y avait pas d'atrophie, et le cure-dent n'a certainement pas pu avoir une action spécifique; il ne reste donc à admettre qu'une force de régénération exceptionnellement très faible.

Walter profite de cette occasion pour indiquer un moyen qui, peut-être, réussirait à maintenir ouverte une perforation artificielle de la membrane du tympan. Le bleu de méthylène, si chaudement recommandé par Bresgen, dans les opérations galvano-caustiques du nez, a déjà donné à Walter d'excellents résultats dans ces cas; il croit que ce remède, convenablement appliqué, conviendrait moins peut-être à arrêter des suppurations existantes qu'à prévenir et empêcher l'inflammation et, par suite, aussi la suppuration. Après les opérations galvano-caustiques du nez, l'emploi du bleu de méthylène réduit souvent au minimum les manifestations inflammatoires. Enfin, Walter croit que, dans un cas donné, il vaudrait la peine d'essayer de maintenir ouverte une perforation de la membrane produite à l'aide du galvano-cautère, en appliquant immédiatement sur les bords de la plaie du bleu de méthylène et introduisant du coton pyoctanisé.

La clôture de la séance a eu lieu ensuite. Le professeur Lucæ a proposé d'offrir à Helmholtz d'être membre honoraire de la nouvelle Société, ce que l'Assemblée a approuvé à l'unanimité.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 novembre 1892.

Compte rendu par P. Gastou.

Contribution à l'étude de l'hydrorrhée nasale (mémoire envoyé par M. Lichtwitz, de Bordeaux).

L'auteur étudie un cas fort intéressant d'*hydrorrhée nasale*, à réapparitions périodiques à la suite d'émotions, chez un sujet nerveux et présentant d'autres phénomènes névropathiques viscéraux multiples. L'ensemble de la maladie a duré vingt-neuf

Digitized by Google

ans. Les accès survenaient indifféremment à diverses saisons de l'année. Ils consistaient en un écoulement nasal aqueux, durant de deux à trois jours, auquel s'ajoutaient des phénomènes de coryza persistant une à deux semaines. En même temps se montraient des frissonnements, avec sensation de malaise, sueurs, photophobie, surdité, hémicranie droite, névralgies pharyngées, douleurs unguéales.

A la suite d'un accouchement survinrent des contractures multiples des membres, des névralgies disséminées cessant dans la position assise, du ptosis et de l'ictère avec bouffissure de la face sans albumine dans les urines.

Les phénomènes douloureux étaient moins intenses quand l'hydrorrhée survenait : il y avait une véritable alternance des symptômes.

Une émotion morale vive fut suivie de perte de connaissance avec chute sur la face, léthargie et hallucinations. Un an après, deuxième perte de connaissance suivie d'affaiblissement de la vue.

L'examen des fosses nasales fut négatif. Une ponction faite dans le sinus frontal droit donna issue à une matière gélatineuse ou sanguinolente. L'os donnait la sensation d'éburnation. Malgré plusieurs lavages, il persista un écoulement gélatineux et de l'hydrorrhée. Les douleurs devinrent moins intenses, les phénomènes nerveux cessèrent.

L'auteur conclut en insistant sur l'intérêt qu'il y a à examiner les différentes cavités des fosses nasales en cas d'hydrorrhée, et signale la relation existant entre l'apparition de ce symptôme et les phénomènes nerveux concomitants ou alternants.

Discussion :

M. Ruault. — Dans son livre de la pathologie des émotions, Feré signale la coïncidence de l'hydrorrhée nasale avec la contracture et la diarrhée.

Trois faits de névropathies liées à des troubles auriculaires et à la surdité, par M. Gellé. (Communication publiée *in extenso* dans les *Annales*, page 924.)

Discussion :

M. Lœwenberg. — A propos de l'hyperesthésie dans l'affection labyrinthique du deuxième cas, M. Gellé n'a pas cité le moyen de la distinguer par l'examen au diapason.

Digitized by Google

Le vertige qui se produisait au moment de la mastication peut être dû à la contraction du tenseur tympanique. Y avait-il rétraction au manomètre auriculaire?

M. Gellé. — Je n'ai vu que deux ou trois fois le malade et n'ai pu le suivre régulièrement à cause de son éloignement. Une des oreilles était au diapason excellente.

M. Cartaz. — Les faits de neurasthénie ont toujours un point de départ dans une lésion organique. C'est la lésion qui provoque la neurasthénie.

M. Gellé. — Il existait peu de lésions.

M. Hermet. — La question de neurasthénie s'étend dans des cas semblables à perte de vue. J'ai présente à l'esprit l'histoire d'un malade où personne n'avait vu clair. Il perdait l'ouïe, et ayant vu quantité de médecins, entre autres Politzer, il ne guérissait pas. A la tête d'un grand commerce et n'entendant plus, il me demanda conseil, désirant liquider sa maison s'il ne pouvait espérer de guérison. Je porte un pronostic défavorable sur la surdité, sans avoir pu néanmoins constater de lésion bien apparente. Il vend sa maison. A quelque temps de là, le feu prend chez lui, il éprouve une violente commotion morale. Le lendemain, il entendait; depuis lors, la surdité est guérie complètement.

C'était un neurasthénique. Quel a été le point de départ de cette surdité? Je l'ignore. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'un médecin qui l'aurait soigné au moment où eut lieu l'émotion violente pouvait se faire gloire de l'avoir guéri.

M. Ruault. — Ceci me rappelle l'histoire d'une hystérique du service de M. Luys. Elle était sourde, rien ne pouvait la guérir; à la suite d'une discussion avec une amie, celle-ci lui donne une claque sur l'oreille : la surdité a été radicalement guérie.

M. Gellé. — Je m'applique depuis quelque temps à dégager le rôle du système nerveux central et du labyrinthe et les rapports des centres nerveux avec les lésions de l'appareil de transmission périphérique.

Je trouve peu de lésions et beaucoup de dommage. Cela a lieu non seulement chez les hystériques et les neurasthéniques, mais après une grossesse, l'allaitement, et la coïncidence avec les corps fibreux de l'utérus est fréquente.

M. Hermet. — Dans cet ordre d'idées, on ne peut faire alors le diagnostic de la lésion.

Digitized by Google

Evolution de l'érythème syphilitique des cordes vocales, par M. Ruault.

On a souvent décrit des congestions laryngées sous le nom d'érythème. Poyet, en 1874, a décrit une lésion passagère durant un septennaire chez certains syphilitiques. Il est douteux que ces érythèmes de huit jours soient syphilitiques. Ils coïncident souvent avec le traitement ioduré ou mercuriel, et la rougeur ressemble à celle du catarrhe ordinaire. Doit-on dire que c'est syphilitique parce que cela survient chez un syphilique?

L'érythème syphilitique du larynx est une maladie de trois à quatre semaines de durée. Le larynx est rouge ; quelquefois la rougeur est plus accentuée par places sous forme de pointillé.

Le début a lieu sur le bord libre des cordes vocales, qui est épaissi. Dès le début, le malade est aphone, il y a de la parésie musculaire. La corde vocale se recouvre peu à peu d'une couche rouge. La surface est rugueuse, déchiquetée, donnant l'aspect d'une langue de chat. La rougeur devient de plus en plus sombre, l'aspect opaque, terne ; et comme l'a dit Lœwing (*Syphilis du larynx*, 1883), il n'y a pas de sécrétion. C'est donc un type de laryngite sèche.

La marche se fait vers la guérison, la corde vocale redevient blanche en commençant par la partie de la face supérieure, voisine du ventricule de Morgagni.

Si le traitement hydrargyrique, iodique ou mixte, est bien supporté, la guérison est rapide. On y aide, en touchant les cordes vocales avec une solution iodée. J'ai dit que la guérison est généralement rapide, le liséré vocal disparaissant très rapidement. Il n'en est pas toujours ainsi ; il existe des formes traînantes ou à répétition, comme cela se voit dans la syphilis secondaire.

C'est, du reste, un accident secondaire ; je l'ai vu coïncider avec une plaque muqueuse de la paupière supérieure. Si l'érythème syphilitique est bénin, la laryngite de même nature est beaucoup plus grave.

Variété intéressante de laryngite tuberculeuse à forme inflammatoire-ulcéreuse circonscrite péri-glottique, par M. Ruault.

La diffusion des altérations tuberculeuses du larynx est plus grave que la forme circonscrite et amène une sécrétion plus abondante.

Digitized by Google

En dehors de la laryngite ulcéreuse-tuberculeuse des auteurs, il existe une autre forme siégeant sur les cordes vocales inférieures et n'arrivant pas sur les aryténoïdes et jusqu'à l'angle antérieur des cordes vocales.

Une seule corde vocale est prise généralement au niveau du segment moyen. L'altération prend la forme d'une gomme. En quinze jours ou trois semaines cette apparence de gomme s'énuclée et laisse à sa place une ulcération à forme d'encoche, dont le fond est déprimé. Elle n'a pas l'apparence grise habituelle. Elle est d'un pronostic bénin, car le malade ne dépasse pas l'infiltration.

Sa guérison peut s'effectuer sans intervention, même s'il existe des lésions du sommet et surtout si elle n'est pas ulcérée. Je l'ai vu même guérir chez des diabétiques tuberculeux et albuminuriques. Quand l'ulcération se fait, elle reste en forme de fer à cheval et se circonscrit. S'il se fait une cicatrisation spontanée, la maladie peut ne pas se guérir et on a une forme sclérreuse, végétante, fibreuse, avec nodules nombreux sur les cordes vocales. C'est la *pachydermie inter-aryténoïdienne* de Gouguenheim et Tissier, Luc; la *métamorphose dermo-papillaire*, de Virchow.

On peut dire d'une façon générale que les lésions péri-glottiques sont plus bénignes.

Discussion :

M. Cartaz. — Je rappelle à M. Ruault une malade que nous avons vue, elle avait de la tuberculose d'une corde vocale inférieure sans ulcération. Le bord de la corde était végétant. Les lésions pulmonaires étaient très minimes. La malade, âgée de 34 ans, a complètement guéri.

La preuve de la nature tuberculeuse de cette altération fut donnée par l'inoculation à un cobaye.

M. Saint-Hilaire. — J'ai vu, au microscope, des fragments de corde atteinte de cette variété de tuberculose : il existait des cellules géantes, mais peu de bacilles.

M. Ruault. — J'ai fait examiner l'exsudat qui recouvre la surface de la corde dans les cas d'infiltration ou d'ulcération circonscrites. Les bacilles y sont très rares. Il en est de même sur les ulcérations du pharynx où l'on trouve généralement beaucoup de saprophytes. L'ulcération est due aux associations microbiennes et aux lésions péri-tuberculeuses.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Compte rendu par le Dr F. Peltesohn.

Séance du 4 novembre 1892.

Treitel a examiné *au microscope des fragments d'une tumeur nasale* et n'a pu y reconnaître que des masses fibrineuses avec des cellules dégénérées. Ces fragments sont amorphes, d'un blanc brillant et effilochés.

Heymann présente une malade atteinte de *néoformations vasculaires* qui partent de la muqueuse de la joue et se poursuivent jusqu'au repli ary-épiglottique. Il montre ensuite une malade ayant une *insertion singulière de la luette.*

Lublinski a déjà observé plusieurs cas du même genre.

Heymann montre la *préparation d'un cancer du larynx et de la glande thyroïde* et attire l'attention particulièrement sur la surface lisse de la tumeur dans le larynx, ce qui rendait impossible l'extraction intralaryngienne d'un fragment.

Fraenkel fait remarquer qu'il a décrit cette forme sous le nom de carcinome ventriculaire et il en signale la rareté. Il regarde comme vraisemblable que l'affection de la glande thyroïde se soit manifestée la première.

Heymann signale un cas encore en traitement dans lequel le cancer était apparu d'abord dans le repli pharyngo-épiglottique, et qui était également inopérable. Il conteste la rareté du carcinome ventriculaire.

Lublinski a vu *trois cas de papillomes du voile du palais.* Il décrit ensuite un cas d'*empyème de l'antre d'Highmore*, qui, à la suite d'une tuberculose du pharynx développée plus tard, devint tuberculeux. On voyait autour de l'alvéole, à l'endroit où l'empyème s'était ouvert, des ulcérations tuberculeuses. Le malade succomba à la suite de symptômes généraux graves.

Fraenkel regarde comme invraisemblable l'ouverture d'un empyème tuberculeux, juste dans l'alvéole.

Katzenstein présente une malade de 52 ans, qui avait été cinq ans auparavant, traitée pour une *syphilis laryngée* avec adhérences, au moyen de nitrate d'argent et d'iodure de potassium.

Digitized by Google

Une partie des symptômes s'améliora. Mais comme l'apnée faisait de rapides progrès, la trachéotomie dut être pratiquée. En mai 1891, se développa du côté gauche du cou, au devant de la plaie trachéale, une tumeur qui a atteint le volume d'une grosse pomme et qui, au microscope, a été reconnue comme étant un cancer. A présent, il existe déjà des métastases dans tous les ganglions voisins, de même au foie on sent des nodosités. A l'auscultation des poumons on entend des bruits de frottement, qui doivent se rapporter probablement à de petites tumeurs de la plèvre.

Fraenkel fait une communication sur l'*anatomie du ventricule de Morgagni*. A l'occasion de plusieurs discussions sur le prolapsus du ventricule de Morgagni, il avait été reconnu que les dispositions anatomiques du ventricule n'étaient pas suffisamment étudiées. Dans ce but Fraenkel a fait une grande quantité de coupes en séries dans la direction sagittale et frontale à travers le larynx et a photographié en grand format les plus intéressantes. Il différencie, à l'exemple de Galen et surtout de Morgagni une entrée, le ventricule lui-même et l'appendice. Les reproductions du ventricule de *Gerlach* parues en 1867, qui avaient été obtenues au moyen de remplissages à la paraffine liquide, étaient fausses, parce que, par le remplissage, les parois du ventricule étaient défigurées. Les photographies de Fraenkel et quelques préparations anatomiques remarquables du larynx, où le ligament thyro-aryténoïdien supérieur a été enlevé, démontrent que l'appendice est beaucoup plus grand qu'on ne l'avait cru jusqu'alors, et qu'il se présente comme un cul-de-sac partant de la paroi interne du ventricule pour se prolonger jusqu'au ligament thyro-aryténoïdien supérieur. La paroi postérieure de l'appendice est recouverte de tissu adénoïde et de glandes en forme de grappes, qui lui donnent l'aspect de l'amygdale palatine. Il se produit aussi probablement ici une migration constante de globules blancs, tels que ceux que *Stoehr* a décrits pour les amygdales. Il est vraisemblable d'admettre qu'à chaque effort phonatoire, une compression s'observe sur la cavité ventriculaire et déchaîne la sécrétion qui va lubrifier les cordes vocales. Au lieu d'un seul appendice, on note parfois sur les coupes horizontales l'existence de plusieurs appendices.

Digitized by Google

PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur la conformation du pavillon de l'oreille chez les femmes délinquantes, par G. Gradenigo. (*Giornale della R. Accademia di Med. di Torino,* sept.-oct. 1891, nos 9-10, page 793.)

L'auteur complète ainsi la série de recherches entreprises par lui dans le sexe masculin. Sur 245 femmes ayant commis des crimes ou des délits, il en trouve 112 présentant des malformations du pavillon. De même que chez les hommes, ces anomalies prédominent à droite : elles sont ici plus fréquentes que chez les femmes normales, mais en revanche plus rares que chez les aliénées. M. L.

Maladie de Ménière consécutive à l'influenza. Guérison, par T. Bobone. (*Bolletino delle Mallattie dell'Orecchio*, novembre 1891, n° 11, p. 241.)

Cette observation a le mérite de sa rareté, le vertige labyrinthique ayant fort peu été observé à la suite de l'influenza : Lannois, Money sont les auteurs qui l'aient déjà signalé. M. L.

Contribution au traitement de la maladie de Ménière, par le Dr Romeo Mongardi. (*Bollettino delle Malattie dell'Orecchio*, février 1892, n° 2.)

Trois cas de vertige de Ménière intense, dont l'un datait de vingt ans, guéris en vingt-quatre heures (!), par l'administration quotidienne de trois paquets renfermant chacun 3 grammes de bromure de potassium, et de trois pilules calmantes (valérianate de fer, 1 gramme, opium 0 gr. 25 cent., extrait et poudre de cascara sagrada q. s. pour faire 12 pilules). La guérison s'est maintenue. La supériorité de cette méthode sur le procédé de quinisation imaginé par Charcot consiste en ceci : 1° amélioration remarquable de l'ouïe ; 2° disparition du vertige dès le premier jour du traitement ; 3° disparition de la titubation permanente.

M. L.

Les maladies de l'oreille dans leur rapport avec les maladies du nez et avec l'hérédité, par C. Corradi. (*Il Sordomuto*, nos 10-11, 1891.)

Les vices de conformation des fosses nasales, et conséquemment les prédispositions qui en résultent aux rhinites chroni-

Digitized by Google

ques, aux végétations adénoïdes, sont héréditaires, et se transmettent de père en fils, comme des yeux bleus ou des cheveux noirs. Or, étant donné le rôle considérable que jouent les rhinopathies dans la genèse des affections de l'oreille, il est aisé de concevoir comment par ce procédé indirect l'influence héréditaire peut s'observer dans la production de la surdité. Deux observations de Corradi soutiennent quelque peu cette hypothèse.

M. L.

Un détail de ma pratique oto-rhino-laryngologique, par R. Botey. (*Archivos intern. de Laryngologia*, janv.-fév., 1891, 2e année, n° 7, p., 4.)

La bouche, le nez renferment à l'état normal tant de microbes qu'il est illusoire d'y prétendre pratiquer des opérations aseptiques. Mais l'antisepsie rigoureuse des instruments et objets de pansement s'impose, pour qu'aucune importation ne vienne accroître la flore indigène déjà si riche de ces cavités. Jusqu'au moment où ils vont servir, et dès qu'ils ont servi, les instruments doivent baigner dans une solution phéniquée à 1/25 : de plus chaque matin ils les faut stériliser à l'eau bouillante. D'autre part, pour éviter les contagions de malade à malade, Botey distribue à chaque personne qui vient le consulter une petite boîte renfermant un pinceau pouvant se visser sur divers manches, un petit tube de gomme pouvant s'adapter à l'embout d'une seringue, d'une poire de Politzer et enfin un petit flacon contenant le liquide du pansement. Et de la sorte, chaque malade est en réalité pansé avec des instruments à lui spéciaux.

M. L.

Symptômes auriculaires de la neurasthénie, par Luis Suñé y Meuist. (*Revista de Laryngologia*, sept. 1891, tome VII, n° 3, p. 39.)

Il est peu de neurasthéniques qui n'aient consulté plusieurs auristes pour leurs bourdonnements d'oreille qui ne leur laissent ni trêve ni repos. Ces bourdonnements s'accompagnent d'une sensible diminution de la perception cranienne, ce qui indique une altération de l'oreille interne. Mais quelle est celle-ci ? c'est ce qu'il est impossible d'affirmer en l'absence d'autopsies. Néanmoins l'auteur croit pouvoir établir trois groupes dans les bourdonnements neurasthéniques :

1° Dans un premier ordre de faits, il y a simplement vasodilatation des vaisseaux du limaçon, qui, augmentant de volume,

Digitized by Google

compriment les ramifications acoustiques; d'où résulte un bourdonnement continuel, qui cesse dès qu'on comprime avec force la carotide au cou;

2° D'autres fois, soit que le sujet souffre de rhumatismes, ou qu'il ait eu antérieurement des otites, ou encore qu'il soit athéromateux, les vaisseaux dilatés ne peuvent revenir à leur volume primitif : et il en résulte à la longue des exsudats dans le labyrinthe membraneux, ou peut-être même des hémorragies de l'oreille interne;

3° Enfin il peut se faire que les troubles vaso-moteurs affectent l'ensemble de l'oreille interne : les bourdonnements deviennent intenses, la surdité s'établit peu à peu : et dans plusieurs cas des vertiges se produisent. (Syndrome de Ménière neurasthénique.) M. L.

La cocaïne dans les bourdonnements d'oreille sous la dépendance d'altérations de l'oreille moyenne, par CARRALERO. (*Siglo Medico*, 22 mars 1891.)

Trois faits de bourdonnements par catarrhe chronique de la caisse; guérison dans deux cas, amélioration dans un, par des instillations d'une solution de cocaïne dans la cavité tympanique. M. L.

Contribution à la pathologie de la panotite causée par la diphtérie scarlatineuse, par F. ROHRER. (*Archivos intern. de Laryngologia*, année II, nos 8 et 9, p. 65.)

Cas rare de rétablissement de l'ouïe après une double panotite diphtéro-scarlatineuse. M. L.

Deux cas d'hémorragies laryngées cataméniales, par C. COMPAIRED. (*Revista de Laringologia*, tome VII, n° 6, p. 84, décembre 1891.)

Premier cas. — Jeune femme de 25 ans, hystérique. Depuis deux ans, irrégularités menstruelles. Ultérieurement, un traitement approprié ramène la menstruation : bientôt celle-ci cesse de nouveau, mais, chaque mois, au moment où les règles devraient arriver, un catarrhe pharyngo-laryngé préexistant subit des exacerbations et donne lieu à des crachats sanguinolents; les accidents laryngés durent une semaine; le reste du temps, tout rentre dans l'ordre. Le laryngoscope montre une hyperémie diffuse de toute la muqueuse du larynx, avec quelques points de suffusion sanguine dans la muqueuse.

Digitized by Google

Deuxième cas. — Jeune femme de 21 ans, de bonne constitution. Il y a un an, suppression du flux menstruel; depuis ce moment, chaque mois, se montre un catarrhe du larynx avec expectoration sanguinolente, qui dure de six à sept jours, puis disparaît sans laisser de traces. Cette malade est extraordinairement nerveuse et souffre d'un goître exophtalmique. Comme dans le cas précédent, le miroir montre une hyperémie diffuse du larynx et, çà et là, quelques points hémorragiques sous-muqueux.

A ce propos, l'auteur s'élève contre la dénomination d'*hémorragies laryngées* que l'on donne à ces accidents supplémentaires. Car dans les vraies hémorragies du larynx, il se forme un caillot pouvant obstruer la glotte et donner lieu à de grands accès de suffocation; ou encore le sang, se répandant dans le tissu cellulaire sous-muqueux, produit de pénibles symptômes en tout comparables à ceux de l'œdème de la glotte. Dans le cas actuel, rien de semblable; l'extravasation sanguine du larynx est insignifiante; tout se réduit à une hyperémie de moyenne intensité limitée à un étroit département des premières voies aériennes. M. L.

Contribution expérimentale à l'étude de la physiologie pathologique du nerf récurrent, par Ign. Dionisio. (*Giorn. della R. Accademia di Med. di Torino*, novembre-décembre 1891, nos 11-12, p. 927.)

Paralysie des dilatateurs ou spasme des adducteurs? La querelle entre les partisans de Rosenbach et ceux de Krause n'est pas près de finir. Dionisio publie des expériences qui fournissent un nouvel argument à la première et plus ancienne de ces théories. Chez des chiens en narcose chloroformique et trachéotomisés, il introduit entre les deux lèvres de la glotte une ampoule de caoutchouc pleine d'eau et communiquant avec un manomètre à eau, c'est là une sorte de dynamomètre laryngien qui lui permet de mesurer la force d'adduction des cordes vocales. Au moment de chaque expiration, il se produit un léger mouvement d'adduction physiologique des cordes qui fait monter la colonne manométrique : soit à 154 millimètres par exemple. Dionisio place une ligature sur le nerf récurrent et le serre progressivement. Immédiatement la pression tombe à 150, puis peu à peu descend à 145. Cette expérience répétée sur sept chiens, dont un chloroformé a donné dans tous les cas des résultats concordants. Elle autorise donc à penser que la

Digitized by Google

compression du récurrent n'amène pas de spasme des adducteurs, sans quoi l'on verrait la colonne manométrique monter et non descendre. Cet abaissement progressif indique que l'adduction de la corde vocale est d'origine paralytique et résulte de la prédominance de l'action demeurée normale, mais non exaltée, des muscles adducteurs, sur les dilatateurs parésiés. Donc, l'adduction de la corde vocale produite par une compression du récurrent insuffisante encore pour amener la position cadavérique, résulte réellement de la paralysie des dilatateurs, comme l'a enseigné le premier Rosenbach, et comme Semon l'a démontré ensuite par de nombreux arguments. M. L.

Mutisme hystérique, guéri par la suggestion à l'état de veille, par Ficano. (*Gazzetta degli Ospitali*, n° 80, p. 772, 11 octobre 1891.)

L'auteur croit que le premier devoir du spécialiste en présence d'un mutisme hystérique, sans troubles apparents de la motilité laryngienne, est de recourir à la suggestion à l'état de veille : si celle-ci échoue, on pourra utiliser la suggestion dans le sommeil hypnotique; mais il faut être très prudent dans l'emploi de ce dernier moyen. M. L.

Œdème du larynx à la suite d'une pharyngite, par A. d'Aguanno. (*Archivos intern. de Laringologia*, janv.-fév. 1891, 2e année, n° 7, p. 4.)

Il s'agit d'un cas d'œdème laryngé bénin, se traduisant par le seul symptôme dysphagie et survenu à la suite d'une angine simple. De tels faits sont rares : fréquents, au contraire, les cas où l'œdème du larynx vient compliquer les angines phlegmoneuses. M. L.

Un cas d'éversion du ventricule droit, par le Dr Ricardo Botey. (*Archivos intern. de Laringologia*, janv.-fév. 1891, 2e année, n° 7.)

Hernie du ventricule de Morgagni au cours d'une tuberculose laryngée légère, chez un sujet ayant une bronchite chronique avec toux opiniâtre. Le ventricule forme une tumeur rouge, arrondie, appendue à la partie latérale du larynx et cachant complètement la corde vocale sous-jacente. Enrouement datant de trois ans. L'auteur ne pouvant réduire la muqueuse herniée, ni l'extraire avec des pinces, à cause de l'intolérance du malade,

Digitized by Google

la détruit peu à peu à petits coups de galvanocautère. Au bout de deux mois de traitement, la voix est redevenue normale.

M. L.

Extirpation d'un cancer du larynx sans récidive, par CAPONOTTO. (*Acad. royale de Turin*, séance du 15 janv. 1892; in *Gazzetta degli Ospitali*, 21 janv. 1892, p. 83.)

Homme de 75 ans. Depuis quatre ans, troubles de déglutition, accès de suffocation nocturne, aphonie. On pratique une laryngofissure exploratrice. On voit alors une grosse tumeur née sur la corde vocale gauche et obstruant la lumière du larynx: cette tumeur ayant un aspect de malignité incontestable, on pratique séance tenante l'extirpation totale du larynx. L'examen microscopique confirme le diagnostic de carcinome.

La plaie se ferme rapidement. Depuis trois ans, la guérison s'est maintenue; le malade avale aisément, parle intelligiblement avec une canule appropriée : il n'a même pas de ces poussées fréquentes de bronchite, souvent observées dans des cas semblables; et rien ne fait prévoir une prochaine récidive. M. L.

Légère idée sur le fonctionnement de la polyclinique et de la clinique du prof. Krause, de Berlin, par le Dr P. A. FRIEDLANDER. (*Archivos intern. de Laringologia*, sept.-oct. 1891, n° 11.)

Ce compte rendu présente un intérêt spécial, étant fait par le premier assistant de Krause. Nous passons sous silence ce qui a trait au fonctionnement proprement dit de la clinique; mais nous croyons instructif de faire connaître les principaux traits de la pratique de ce maître, l'un des plus habiles et des plus novateurs parmi les laryngologistes modernes. La laryngite chronique, qui, avec ses perpétuelles rechutes, montre une désespérante ténacité, voisine de l'incurabilité, est depuis peu de temps traitée par les *scarifications* faites assez profondément dans toute l'épaisseur de la muqueuse : Krause se propose, par cette méthode, d'amener la déplétion des vaisseaux dilatés, de réduire ainsi l'hyperémie chronique, et d'obtenir en fin de compte une rétraction cicatricielle des tissus infiltrés. Quoique jeune, cette méthode a déjà donné d'excellents résultats.

Krause, on le sait, s'est fait une spécialité du traitement de la *phtisie laryngée*. Les phtisiques, paraît-il, affluent à sa clinique en nombre sans cesse croissant. Ceux qui ne présentent qu'un peu de parésie ou de congestion du larynx sont traités suivant

Digitized by Google

le cours des idées régnantes : créosote à l'intérieur, menthol en instillations.

Outre les érosions superficielles, les insufflations d'iodol donnent d'excellents résultats : les ulcérations sont-elles profondes, l'iodol doit faire place à l'acide lactique. Les ulcérations avec infiltration interne réclament le curettage par la méthode de Heryng. Krause emploie divers instruments : sa curette simple, pour les cordes vocales et la région postérieure ; sa curette double, pour les replis aryténo-épiglottiques. Pour les infiltrations des bandes ventriculaires — et même aussi parfois pour les épaississements très accentués des cordes vocales — il préfère une curette fabriquée sur le modèle de celle de Landgraf. Le curettage n'est plus à défendre, tant il a déjà fait de bien : mieux que la morphine, que la cocaïne, il soulage les phtisiques de cette terrible dysphagie qui les torture ; mais il doit être pratiqué largement ; il doit faire disparaître tout le tissu malade ; timidement entrepris, limité à la muqueuse, il est au moins inutile.

Krause n'introduit pas de *galvanocautère* dans le larynx, parce qu'il n'est pas possible de calculer exactement la quantité de tissu qu'on veut détruire, et surtout parce qu'on amène une inflammation réactionnelle infiniment trop longue.

L'*électrolyse* est recommandable seulement quand elle s'adresse à l'épiglotte. Très bonne aussi dans le cas de polype nasopharyngien ; avec elle, peu de douleur, pas de sang.

Chez l'enfant, être naturellement indocile, les *végétations adénoïdes* ne peuvent être enlevées complètement qu'avec le secours de l'anesthésie chloroformique. La deuxième curette de Gottstein, celle de Hartmann sont seules employées à la polyclinique.

On sait enfin comment Krause traite l'*empyème du sinus maxillaire :* perforation de la paroi externe du méat inférieur à l'aide du gros trocart courbe qu'il a imaginé ; un seul lavage de la cavité, et ensuite pansements secs avec des insufflations d'iodol ou d'iodoforme. M. L.

Considérations sur la syphilis tertiaire des fosses nasales, par le Dr Ricardo Botey. (*Archivos intern. de Laringologia*, 2e année, n° 12, p. 209. Novembre-décembre 1891.)

Excellente conférence faite devant l'Académie des sciences médicales de Catalogne ; l'auteur y développe ses vues particulières sur certains points de la syphilis tertiaire du nez.

Fournier et les classiques n'admettent guère que deux types

Digitized by Google

de déformation syphilitique du nez : 1° l'effondrement de la racine du nez au niveau des os propres; immédiatement au-dessous de la glabelle, la saillie normale devient un méplat, et inférieurement le lobule du nez bascule, sa pointe pivotant en arrière et en haut, tandis que les orifices des narines quittent le plan horizontal pour devenir obliques de haut en bas, d'avant en arrière; 2° l'effondrement limité au segment inférieur du nez, qui, semblant rentrer dans le segment supérieur demeuré intact, a fait justement attribuer à cette déformation le nom de *nez en lorgnette;* dans ce cas, un rebord saillant marque le point où les segments se sont pénétrés.

Botey admet ces deux variétés de nez syphilitique, mais propose d'en décrire encore deux autres types : 3° aplatissement de la partie cartilagineuse du nez, dont la pointe se porte en arrière jusqu'à toucher le milieu de la lèvre supérieure; à l'union du bord inférieur des os propres avec la partie cartilagineuse se montre un angle obtus, mais pas de bourrelet, car il n'y a pas de pénétration; le diamètre transversal du lobule du nez augmente beaucoup; c'est, en somme, un *nez camard* en son segment inférieur. Incidemment, Fournier a parlé déjà de cette variété, l'appelant *nez de perroquet;* 4° dans un dernier type, il y a effondrement de l'ensemble du nez, de sa base à sa pointe; il n'y a plus d'orifices narinaux apparents; le relief de l'appendice a disparu, ne laissant comme reliquat qu'un petit tubercule au milieu de la lèvre supérieure. Ce type n'est, en somme, qu'une combinaison des variétés 1 et 3.

Sur le mécanisme qui produit ces déformations, Botey a une théorie toute personnelle. Il considère comme très insuffisante l'explication qu'en donnent Mackensie, Moldenhauer, Fournier: car l'observation journalière montre que la destruction de la totalité de la cloison peut se produire sans modifier en rien la forme extérieure du nez, et qu'inversement celle-ci peut subir de graves altérations du fait de lésion intra-nasale d'apparence insignifiante. Voici l'explication qu'il en propose :

Type 1. — Nécrose des os propres, expliquant l'enfoncement de la racine du nez; en même temps la partie tout à fait antérieure de la cloison participe aux lésions destructives, et après guérison, il se produit en ce point un tissu fortement rétractile qui altère le lobule du nez demeuré intact et le fait basculer.

Type 2. — Se montre quand la nécrose a détruit l'angle postérieur de la cloison cartilagineuse et, en libérant ses attaches, a

Digitized by Google

déterminé une luxation de l'arrière du cartilage quadrangulaire sur le vomer et la lame perpendiculaire. Dès lors, la partie inférieure du nez s'enfonce dans la partie supérieure; il est aisé de vérifier ce mécanisme sur le cadavre.

Type 3. — Si le processus syphilitique a détruit les moyens d'union qui soudent le bord inférieur du cartilage quadrangulaire à la sous-cloison et au vomer, il se produit une luxation en bas et en arrière de l'extrémité antérieure de ce cartilage sur le vomer; dans ce cas, par suite du manque d'appui sur la ligne médiane et par le fait de la rétraction cicatricielle, la pointe du nez s'incurve et vient toucher la lèvre supérieure.

Type 4. — Il suffit que la vérole, sans altérer autrement le squelette des cavités nasales, détruise en même temps que les os propres la partie toute antérieure de la cloison osseuse et cartilagineuse, pour que le nez s'effondre complètement et prenne l'aspect d'un profil de bélier.

En résumé, les causes de l'effondrement du nez chez les vérolés se réduisent à deux : luxation du cartilage quadrangulaire et rétraction cicatricielle du tissu spécifique. C'est dire que l'architecture nasale sera surtout menacée quand la syphilis se localisera au niveau des articulations chondro-ethmoïdales ou chondro-vomériennes. M. L.

L'électrolyse dans les déviations et les épaississements de la cloison du nez, par R. Botey. (*Archiv. intern. de Laringologia,* mars à juin 1891, 2e année, nos 8 et 9.)

Tel est le sujet d'une conférence faite par Botey à l'Académie de médecine et de pharmacie. Dans la première partie de cette leçon, l'auteur étudie les divers types des déviations nasales et les mécanismes qui les engendrent : il adopte la classification de Löwenberg, et attribue la genèse des déviations horizontales au défaut de parallélisme dans le développement du vomer et de la paroi externe des fosses nasales; les déviations verticales, plus rares, relèveraient de traumatismes infantiles. Il insiste sur l'extrême fréquence de ces déformations qu'il a rencontrées chez 40 0/0 des malades qu'il a examinés, et il met en parallèle leur indolence avec les conséquences graves que peut engendrer pour la respiration et l'audition la sténose permanente du nez. Enfin il se montre un partisan enthousiaste de la destruction de ces malformations par l'électrolyse : il emploie la méthode monopolaire : le pôle positif aboutit à une large plaque antibrachiale; le négatif, à plusieurs aiguilles, distantes de 5 millimètres et enfoncées

Digitized by Google

à une profondeur de 4 centimètres sous la muqueuse, parallèlement à la cloison. Séances de dix minutes, répétées, s'il est nécessaire à dix ou douze jours d'intervalle. Employer au début un courant de 8 milliampères, et en augmenter progressivement l'intensité, sans toutefois jamais dépasser 14 milliampères.

Des dessins schématiques fort intéressants complètent cette leçon. M. L.

Polypes naso-frontaux avec lésions des deux parois du sinus frontal droit, et de la seule paroi antérieure du sinus gauche, par Juan Manuel Espada. (*Revista de Laringologia*, septembre 1891, tome VII, n° 3, p. 37.)

Il s'agit d'une fille de dix-huit ans, vigoureuse, qui, ayant eu pendant toute son enfance de la rhinite chronique, présente des polypes muqueux des fosses nasales. Plus tard, elle éprouve une violente céphalée frontale, en même temps que se montre à la racine du nez une tumeur dure, rouge, mais non fluctuante. On trépane le frontal et l'on trouve que la cavité des deux sinus frontaux est remplie par des myxomes développés aux dépens de la muqueuse de revêtement. En grossissant, ces tumeurs ont refoulé les parois osseuses du sinus, puis les ont perforées en plusieurs points, en amenant la nécrose : à droite, la table interne du frontal a disparu; la dure-mère a été mise à nu et s'est enflammée, donnant ainsi lieu à d'atroces douleurs. La trépanation par voie cutanée, suivie d'un curettage soigneux du sinus, aboutit à une guérison complète qui, cependant, se fit attendre plusieurs mois. M. L.

Le mucocèle des sinus frontaux et des cellules ethmoïdales, par Polignani et de Vincentüs. (*Acad. royale de méd. et de chir. de Naples*, séance du 28 juin 1891, et *Archiv. ital. di Laring.*, janvier 1892, p. 30.)

Un malade se présente atteint d'une exophtalmie intense, de violentes névralgies, d'obstruction nasale, etc. On pose le diagnostic de polype naso-pharyngien, de sarcome ou autre tumeur maligne, et on en déduit un pronostic fatal. Mais le médecin, plus instruit, qui, d'après ce signe, a reconnu l'existence d'un mucocèle ethmoïdal, pourra en toute sécurité promettre à son client non seulement qu'il vivra, mais que même il ne sera pas défiguré. Car c'est merveille de voir avec quelle rapidité le chirurgien peut, dans ce cas, provoquer la restitution *ad integrum*.

Cette affection est surtout connue des oculistes; c'est chez eux

Digitized by Google

que les malades sont conduits par l'exophtalmie, par le symptôme de compression oculaire qui résultent de l'existence de cette tumeur. Elle a été admirablement étudiée par le professeur de Vincentüs, et par Polignani qui, au dire de Massei, peuven en être considérés comme les parrains.

Qu'est-ce donc que le mucocèle frontal ou fronto-ethmoïdal? Les parois de ces cavités s'enflamment, se tuméfient, amenant une occlusion temporaire ou permanente de l'orifice d'embouchure dans les fosses nasales; dès lors, les sécrétions s'y accumulent. Il en résulte de vives douleurs et surtout des symptômes de compression orbitaire.

Le traitement est un des points les plus curieux de l'histoire du mucocèle. Une fois le diagnostic établi, l'opérateur doit attaquer la tumeur par sa partie inférieure qui forme une saillie dans la fosse nasale; il l'ouvre, et procède à un curettage soigneux. Presque instantanément, l'exophtalmie se réduit : au mucocèle succède une tumeur gazeuse qui, à son tour, s'efface rapidement. M. L.

Origine et terminaison des filets nerveux olfactifs, par S. Ramon y Cajal. (*Gaceta Sanitaria de Barcelona*, janvier et février 1891; analysé *in Archivos intern. de Laryngologia*, année II, nos 8 et 9, p. 86.)

L'auteur se sert de la méthode de Golgi, modifiée par lui; les cellules bipolaires de la muqueuse olfactive se colorent en noir tandis que leurs noyaux se teignent en gris. Il réfute ainsi les idées de Ranvier qui décrit une ramification et une anastomose plexiforme des filets olfactifs dans leur trajet intra-épithélial; au contraire, il considère comme hors de doute que chaque fibre olfactive conserve son individualité et se rend isolément dans une cellule bipolaire qu'elle aborde par sa partie inférieure sous forme d'un filet très fin et d'aspect variqueux.

Les cylindraxes, ainsi émanés des cellules bipolaires vont, d'autre part, se terminer au niveau des bulbes olfactifs, dans l'épaisseur de petits renflements nommés *glomérules olfactifs*. Mais ici encore, au lieu de former un réseau délié les unissant tous entre eux comme le veut Golgi, ces filets nerveux, au dire de Cajal, forment simplement une arborisation absolument indépendante de toute connexion de voisinage, et qui se termine par une nodosité sphérique ou olivaire. M. L.

Digitized by Google

Traitement de l'hypertrophie des amygdales par le galvanocautère, par R. Botey. (*Revista de ciencias medicas de Barcelona*, 25 mai 1890; in *Archiv. internac. de laryngologia*, n° 2, p. 17, 1891.)

Partant de ce principe, qu'un malade préfère un traitement non douloureux à un traitement rapide, l'auteur substitue dans presque tous les cas le galvanocautère à l'amygdalotomie; il réduit ainsi complètement les hypertrophies amygdaliennes en dix ou quinze séances de cautérisations, espacées chacune par quatre à six jours de repos. Ce n'est que quand les amygdales sont trop volumineuses qu'il en opère l'excision partielle en les nivelant à ras des piliers, et complète ensuite leur destruction par le galvanocautère. La sensibilité des amygdales est si faible qu'il n'y a pas besoin de recourir à l'anesthésie cocaïnique.

M. L.

Sur les abcès rétro-pharyngiens, par J. Roquer Casadesus. (*Revista de laryngologia*, tome VII, n° 4, p. 49, octobre 1891.)

L'auteur insiste sur la nécessité d'ouvrir ces abcès le plus tôt possible, dès qu'on a constaté l'existence du pus par une ponction aspiratrice à la seringue de Pravaz; il rapporte le cas d'un jeune homme qui mourut d'infection purulente, l'incision de la paroi pharyngienne ayant été faite trop tardivement. Il faut établir une distinction bien nette entre les abcès rétro-pharyngiens et les abcès latéro-pharyngiens; règle générale, ces derniers sont consécutifs à une lésion des vertèbres cervicales. La position de la tête aide au diagnostic différentiel entre ces deux formes. Dans l'abcès rétro-pharyngien, la tête est rejetée en arrière, le cou raide; dans l'abcès latéro-pharyngien, elle est inclinée du côté sain. M. L.

Contribution à l'étude de la tuberculose de la bouche et du pharynx, avec considérations spéciales sur sa pathogénie par le Dr Nicolo Palazzolo. (*Archiv. ital. di Laringologia*, p. 11, janvier 1892.)

Il y a souvent une grande difficulté à diagnostiquer une ulcération tuberculeuse de la bouche; la recherche du bacille de Koch n'a pas grande valeur, celui-ci ayant pu être amené dans ces parages par un crachat venu des poumons; d'autre part, ce bacille peut ne pas être trouvé dans la sécrétion d'ulcères nettement tuberculeux (Feurer, Hauseman). L'injection

Digitized by Google

de lymphe de Koch est également un moyen infidèle. C'est surtout d'après le caractère de l'ulcération et d'après l'état des poumons que le diagnostic a les plus grandes chances d'être exactement posé; aussi l'auteur étudie-t-il avec un soin particulier ces caractères locaux différentiels. Cependant l'intégrité des poumons n'oblige pas à rejeter ce diagnostic; contrairement à l'opinion généralement reçue, Palazzolo n'hésite pas à admettre l'existence d'une tuberculose primitive bucco-pharyngienne; l'air, les aliments apportent à chaque instant en cette région des bacilles qui peuvent s'y greffer et s'y développer, sans qu'il soit pour cela nécessaire qu'ils pénètrent jusqu'aux alvéoles pulmonaires. A l'appui de cette théorie, l'auteur rapporte un certain nombre d'observations puisées à diverses sources et qui montrent la possibilité de l'infection primitive des premières voies. Les lésions antérieures de cette région y facilitent l'implantation du microbe de la tuberculose.

M. L.

Un cas de goître aérien, par L. Pellegrini. (*Riforma medica*, juillet 1891.)

Il s'agit d'un joueur de trompette qui présente, au-dessous de la branche horizontale du maxillaire inférieur, une tumeur de la grosseur d'une noix; celle-ci disparaît sous la pression, mais se reproduit quand le malade fait une expiration en se bouchant le nez. Examen laryngoscopique négatif. Considérant les conditions dans lesquelles s'est développée cette tumeur et aussi ce fait que, dès son début, elle avait acquis son volume maximum, l'auteur croit qu'il s'agit là d'un abcès ouvert dans les voies aériennes et s'étant ensuite transformé en trachéocèle. M. L.

Note sur le traitement de la diphtérie, par le Dr Goris. (*Archivos intern. de Laryngologia*, n° 13, janvier 1892.)

La diphtérie, infection primitivement locale, demande à être traitée sur place. De tous les agents capables de détruire le bacille de Löffler, le plus puissant est le fer rouge. A l'aide de galvanocautères spéciaux, s'aidant de la cocaïnisation chez l'adulte, du chloroforme chez l'enfant, Goris cautérise énergiquement dès leur apparition les fausses membranes gutturales. Dans trois cas, il obtient dès le lendemain le retour de la température à la normale. Ces résultats confirment ceux qu'a obtenus Hagedorn par la même méthode. M. L.

Digitized by Google

Le sucre de canne dans l'urine des enfants atteints de coqueluche, par P. Cherubino. (*Terapia moderna*, novembre 1891.)

La glycosurie est fréquente au cours de la coqueluche. Mais à l'encontre de Gibb, qui l'a observée constamment à la phase convulsive de la maladie, Cherubino ne l'a trouvée qu'à l'acme de cette période et seulement lorsque les quintes ont une intensité extrême; elle manque toujours aux premiers et derniers jours de cette phase; elle manque aussi constamment quand les quintes sont légères. L'auteur admet que les ingestions répétées des viscères abdominaux qu'entretiennent les quintes, amènent une suractivité fonctionnelle du foie, d'où pourrait résulter une glycosurie passagère. M. L.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ALLEMAGNE et AUTRICHE-HONGRIE

Nez.

Durchleuchtung oder Probedurchspülung der Kiefer-und Stirnhoehle. Eclairage ou lavage explorateur de l'antre d'Highmore et du sinus frontal, par G. Ziem (*Berl. Klin. Woch.*, 15 juin 1891).

Gefrierdurschschnitte zur Anatomie der Nasenhoehle. Coupes congelées pour servir à l'anatomie des cavités nasales, par B. Fraenkel (2e fascicule, *A. Hirschwald*, éditeur, *Berlin*, 1891).

Deux cas de lupus, par Muhlack (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin*, 12 janvier; *in Berl. Klin. Woch.*, 22 juin 1891).

Ein Moerrohr für die Nase. (Un tuyau acoustique pour le nez, par H. Gutzmann (*Med. Paedag. Monats. f. die gesammte Sprachheilkunde*, juillet 1891).

Ueber die Bedeutung behinderter Nasenathmung für die körperliche, die geistige und die sprachliche Entwickelung der Kinder. (Traitement de l'obstruction nasale au point de vue du développement du corps, de l'intelligence et de la parole chez les enfants, par M. Bresgen (*Med. Paedag. Monats. f. die gesammte Sprachheilk.*, juillet 1891).

Bemerkungen zur Behandlung des juvenilen Nasenrachensarcoms. — Remarques sur le traitement du sarcome naso-pharyngien au début, par L. Grünwald (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juin 1891).

Ueber das Vorkommen der sogen. « Hyalinen Kugeln » im Gewebe der Schleimpolypen der Nase, etc., nebst Bemerkungen über die hyalinen Körper des Rhinoscleroms. — Sur la présence des globes hyalins dans le tissu des polypes muqueux du nez; avec remarques sur les globes hyalins du rhinosclérome, par E. M. Stepanow (*Monats. f. Ohrenh.*, mai 1891),

Digitized by Google

Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1 heft : Die Krankheiten der Nase. 2 heft : Die Krankheiten des Rachens. — Les maladies des voies aériennes supérieures. 1re partie : Maladies du nez; 2e partie : Maladies du pharynx, par A. Jurasz (*C. Winter*, éditeur, *Heidelberg*, 1891).

Un cas d'anosmie consécutif à l'ablation des ovaires, par Gottschalk (*Deuts. Med. Woch.*, 25 juin 1891).

Communications rhinologiques, par Kayser (*Deuts. Med. Woch.*, 25 juin 1891).

Signes permettant de distinguer l'épithélium normal et pathologique de la membrane pituitaire de l'homme, d'avec l'épithélium vibratile du reste de la muqueuse respiratoire, par Suchannek (*Zeits. f. Ohrenh.* V. XXII).

Ueber einen von der Nase aus geheilten Fall von Gesichtskrampf. — Guérison d'un tic de la face d'origine nasale, par F. Peltesohn (*Berl. Klin. Woch.*, 10 août 1891).

Ueber das Vorkommen der Charcot Leyden'schen Krystalle in Nasentumoren. — Sur la présence de cristaux de Charcot-Leyden dans les tumeurs nasales, par B. Lewy (*Berl. Klin. Woch.*, 17 et 24 août 1891).

Sur l'empyème de l'antre d'Highmore et son origine dentaire. (Ueber das Empyem der Highmorshoehle und seinen dentalen Ursprung). Etude anatomo-clinique, par G. Scheff (*A. Hœlder*, éditeur, *Vienne*, 1891).

Ein Ausguss vom pneumatischen Hoehlen-Sytem der Nase. — Un moulage métallique du système des cavités pneumatiques du nez, par F. Siebenmann (*Festschrift zu Ehren des Prof. Kocher in Bern*; *J. F. Bergmann*, éditeur, *Wiesbaden*, 1891).

Ein Fall von doppelseitigen Nasensteinen. — Un cas de rhinolithes bilatéraux par Nitsche (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, juillet 1891).

Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Grünwald zu meinem Aufsatz « Heilungeines grossen, typischen » Nasenrachenpolypen. — Réponse aux remarques de M. Grünwald sur mon mémoire de la « guérison d'un gros polype naso-pharyngien typique, par Hansberg (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., août 1891).

Pathologie et thérapeutique du rhinosclérome par Kaposi (*Int. Klin. Rundschau*, n° 30, 1891).

Notes sur le rôle et les méthodes d'exploration des cavités nasale et naso-pharyngienne, par Kessel (*Corresp. Bl. des allg. Aerztl. Vereins von Thuringen*, juillet 1891).

Préparations macroscopiques et microscopiques de polypes du nez, par B. Lewy (*Verein f. innere Med. zu Berlin*, 20 avril, *in Berl. Klin. Woch.*, 21 septembre 1891).

Ein Fall von Rhinosklerom der Nase. — Typhus exanthemeticus-Schwund der Rhinosclerominfiltrationen. — Un cas de rhinosclérome du nez. Typhus exanthémateux. Atrophie des infiltrations du rhinosclérome, par L. Lubliner (*Berl. Klin. Woch.*, 5 octobre 1891).

Neurasthénie causée par la présence d'un scolopendre dans le nez, par Barwinski (*Deuts. Med. Zeit.*, n° 71, p. 889, 1891).

Contributions expérimentales à l'étude de l'asthme bronchial, par Lazarus (*Verein f. innere Med. zu Berlin*, 13 avril; *in Berl. Klin. Woch.*, 7 septembre 1891).

Totalexstirpation einer grossen endonasalen Geschwulst durch die Choane — Extirpation totale d'une grosse tumeur endonasale par les choanes, par C. Laker (*Arch. f. Ohrenh.*, septembre 1891).

Contribution à la thérapeutique de l'empyème de l'antre d'Highmore, par J. Bloch (*Münchener Med. Woch.*, n° 15, 1891).

I. Ueber die Verwendung von Anilinfarbstoffen bei Nasen, Hals, und Ohren Leiden. — Emploi des couleurs d'aniline dans les affections du nez, de la gorge et des oreilles). II. Wann ist die Anwendung des elektrischen Brenners in der Nase von Nutzen. — Quand doit-on employer le galvanocautère pour le nez, par M. Bresgen (2 brochures de 30 et de 24 pages, *E. Jungklass*, éditeur, *Wiesbaden*, 1891).

Krankheits und Behandlungslehre der Nasen, Mund und Rachenhœhle

Digitized by Google

sowie des Kehlkopfes und der Luftrœhre. Etude sur le traitement des affections du nez, de la bouche et de la cavité pharyngienne, ainsi que du larynx et de la trachee, par M. Bresgen (2e édition entièrement remaniée et augmentée; avec 166 figures. *Urban et Schwarzenberg*, éditeurs, *Vienne et Leipzig*, 1891).

Sur l'ozène, par Domme (*Deuts. Med. Woch*, n° 46, 1891).

Europhène dans les affections du nez et de la gorge, par Lœwenstein (*Therap. Monatshefte*, septembre 1891).

Europhène dans les affections du nez et de la gorge, par Szoldrski (*Münch. Med. Woch.*, 27 octobre 1891).

Nochmals die Durchleuchtung der Kieferhoehle. — Encore l'éclairage de l'antre d'Highmore, par C. Ziem (*Berl. Klin. Woch.*, 23 novembre 1891).

Acide trichloracétique dans les affections du nez et du pharynx, par Killian (*Münch. Med. Woch.*, n° 39, 1891).

Un cas de mycose aspergillaire de l'antre d'Highmore, par Zarniko (*Deuts. Med. Woch.*, 29 octobre 1891).

Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studirende. — Les maladies du nez, des cavités voisines et de la cavité naso-pharyngienne. Manuel résumé pour les médecins et les étudiants, par C. F. T. Rosenthal (Un vol. de 297 pages avec 41 figures dans le texte; *A. Hirschwald*, éditeur, *Berlin*, 1892).

Mélanosarcome du nez, par P. Heymann (*Sect. de Laryng. 64e réunion des Méd. et Nat. allem. Halle s/S. in Allg. Wiener Méd. Zeit.* 15 décembre 1891).

Weitere Beiträge zur Pathologie der Aprosexia nasalis und einzelner Sprachstörungen (Nouvelles contributions à la pathologie de l'aprosexie nasale et de quelques troubles de la parole, par R. Kafemann). (*Med. Padagog. Monats f. d. gesammte Sprachheilk.*, janvier 1892).

Application de l'acide trichloracetique dans le nez et le pharynx, par Szoldrski (*Münch. Med. Woch.*, n° 45, 1891).

Contribution à la chirurgie des voies aériennes supérieures par Grünwald (*Münch. Med. Woch.*, nos 39 et 40, 1891).

Rhinite fibrineuse, par Scheinmann (*Verein f. innere Med.*, 16 novembre 1891, *Berl. Klin. Woch.*, 11 janvier 1892).

Die Heilerfolge der inneren Schleimhautmassage bei den chronischen Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Ohres und des Kehlkopfes. (Résultats du massage de la muqueuse interne dans les affections chroniques du nez, du pharynx, de l'oreille et du larynx, par C. Laker (In-8° de 103 pages avec 14 figures, Leuschner et Lubensky, éditeurs, *Gratz*, 1892).

Nasenbluten. (Epistaxis, par Ad. Barth (*Aertzl. Verein zu Marburg*, 14 avril 1891; *Berl. Klin. Woch.*, 25 janvier 1892).

Tige de laminaire dans le nez, par Hessler (*Münch. Med. Woch.*, n° 2, 1892).

Instrument pour l'ablation des exostoses et de différents corps étrangers du nez, par Herzfeld (*Deuts. Med. Woch.*, n° 33, 1891).

Sur l'étiologie de la rhinite fibrineuse, par Lieven (*Münch. Med. Woch.*, nos 48, 49, 1891).

Affections cérébrales et auriculaires consécutives à des opérations nasales, par Wagner (*Münch. Med. Woch.*, n° 51, 1891).

Un cas de rhinolithe, par Wagner (*Münch. Med. Woch.*, n° 48, 1891).

Paralysie diphtéritique d'un muscle du nez, par Herzfeld (*Deuts. Med. Woch.*, n° 33, 1891).

Ein neuer Fall von Rhinolithenbildung (Un nouveau cas de formation de rhinolithes, par F. Rohrer (*Wiener. Klin. Woch.*, 4 février 1892).

Epitholiom an der Nasenwurzel und am linken Auge und mit Adamkiewicz Geheimmittel behandelt. (Epithélioma de la racine du nez et de la paupière gauche traité par la méthode d'Adamkiewicz, par E. Albert

Digitized by Google

(*K. K. Gesells der Aerzte*, 12 février ; *in Wiener Klin. Woch.*, 18 février 1892).

Ostéome du sinus frontal, par Poppert (*Münch. Med. Woch.*, n° 3, 1892).

Mes observations relatives à la suppuration des sinus maxillaires, par Killian (*Münch. Med. Woch.*, n° 4, 1892).

Ueber dass Ansaugen der Nasenflügel (Sur l'accolement des ailes du nez, par Moritz Schmidt (*Deuts. Med. Woch.*, n° 4, 1892).

Ein verbessertes Verfahren der Rhinoplastick bei Sattel-nasen. (Un procédé perfectionné de rhinoplastie pour le nez en forme de selle, par Israel (*Freie Vereinigung der Chir., Berlins*, 13 juillet 1891 ; *in Berl. Klin. Woch.*, 29 février 1892).

Nasensyphilis. (Syphilis nasale, par Treitel (*Verein f. innere Medicin*, 7 décembre 1891; *in Berl. Klin. Woch.*, 28 mars 1892).

Traitement du kyste du cartilage moyen de la moitié droite du nez, par Landgraf (*Deuts. Med. Woch.*, n° 4, 1892).

Sur la cavité nasale des mammifères supérieurs et de l'homme, par Seydel (*Morph. Anzeiger*, XVII, 1).

Die Siebbeinmuscheln des Menschen (Les cornets othmoïdlaux chez l'homme, par Zuckerkandl (*Anat. Anzeiger*, n° 1, 1892).

Ueber die Haüfigkeit des doppelseitigen latenten Empyems der Highmorshoehle und über die Nothwendigkeit der methodischen Probeausspülung dieser Hœhle in Fällen von Nas enblennorrhœ. (Sur la fréquence de l'empyème latent bilatéral de l'antre d'Highmore et sur la nécessité de la ponction exploratrice méthodique de cette cavité dans des cas de blennorrhée nasale, par L. Lichtwitz (*Prager. Med. Woch.*, 13 et 20 avril 1892).

Die Neurosen und Reflex neurosen des Nasenrachenraumes. (Névroses et névroses reflexes de la cavité naso-pharyngienne, par E. Baumgarten (*Volkmann's Sammlung Klin. Vortraege*, n° 44, *Leipzig*, 1892).

Contribution à l'histologie des tumeurs du nez, par C. Zarniko (*Virchow's Archiv*, t. CXXVII, fasc. 1, 1892).

Sur la difficulté de la respiration nasale, par Caspari (*Dissert. inaug. Berlin*, 1892).

Abcès du cerveau et suppuration du sinus frontal après l'influenza, par Redtenbacher (*Int. Klin. Rundschau*, n° 17, 1892).

Myxosarcome du nez, par Reinhold (*Dissert. inaug. Wurzburg*, 1891).

Ueber die Erfolge der Behandlung des Empyema antri Hyghmori. (Sur les résultats du traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par O. Chiari (*Prager Med. Woch.*, 1er juin 1892).

Contribution à l'étiologie et au traitement de la fièvre des foins, par J. Szohner (*Pester Med. Chir. Presse*, n° 16, 1892).

Un cas d'ostéome du sinus frontal droit, par Makel (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. XXXIII, fasc. 2 et 3, 1892).

Instruments pour l'application de l'acide trichloracétique dans le nez et dans l'oreille, par Cholewa (*Monats. f. Ohrenheilk.* n° 2, 1892).

Affections intra-oculaires amenées par des maladies du nez, par Ziem (*Münch. Med. Woch.*, n° 16, 1892).

Correction du nez en selle, par Kowalleck (*Dissert. inaug. Breslau*, 1891).

Beiträge zur Diagnose und Therapie des Kieferhœhlenempyems. (Contributions au diagnostic et au traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par R. Kafemann (Broch. de 30 pages, A. W. Kafemann, *Dantzig*, 1892).

Die electrische Durchleuchtung der Gesichtsknochen ein sicheres Hilfsmittel für die Diagnose des Empyema antri Highmori unter Berüchsichtigung der Form des hartengaumen. (Eclairage électrique des os de la face, moyen de diagnostic certain de l'empyème de l'antre d'Highmore

Digitized by Google

par la considération de la forme du voile du palais, par H. Davidsohn (*Berl. Klin. Woch.*, 4 et 11 juillet 1892).

Contribution à l'étiologie et à la thérapeutique de l'empyème de l'antre d'Highmore, par Kuchenbecker (*Monats. f. Ohrenheilk.* n°s 3, 4 et 5, 1892).

Pus dans l'antre d'Highmore, par Bauer (*Aertzl. Localverein Nürnberg*, 7 janvier 1892).

Anatomischen Verhältnisse der Stirnhoehle und ihrer Ausmündung. (Proportions anatomiques du sinus frontal et de son orifice, par A. Hartmann (XXI *congr. der deuts. Gesells. f. Chir.*, Berlin, 10 juin; *in Berl. Klin. Woch.*, 18 juillet 1892).

Un nouveau procédé pour découvrir, sur le cadavre, les cavités nasales et leurs sinus, sans qu'il subsiste de traces apparentes, par Parke (*Arch. f. path. anat.*, CXXV, 2).

Die Section der oberen Athmungswege. (Section des voies respiratoires supérieures, par T. Harke (*Berl. Klin. Woch.*, 25 juillet 1892).

Des sarcomes de la cavité nasale, par Stroho (*Dissert. inaug. Bonn*, 1892).

Ueber aüssere Anwendung von Cantharidien bei Nasen und Halskrankheiten. (Sur le traitement externe des affections du nez et de la gorge par la cantharidine, par G. Ziem (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., n° 6, 1892).

Nasenpolypen im Alter unter 16 Jahren. (Polypes du nez au-dessous de 16 ans, par Hopmann (*Berl. Klin. Woch.*, 8 août 1892).

Normale und pathologische Anatomie der Nasenhoehle und ihrer pneumatischen Anhänge. (Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs annexes pneumatiques, par E. Zuckerkandl (Vol. II, avec 24 lithogr. in-8°, 223 pages, W. Braumüller, éditeur, *Vienne*, 1892).

Ueber Durchleuchtung der Gesichtsknochen. (Sur l'éclairage par transparence des os de la face, par G. Ziem (*Berl. Klin. Woch.*, 15 août 1892).

Ueber gutartigen Geschwülste der Highmorshœhle. (Sur les tumeurs bénignes de l'antre d'Highmore, par P. Heymann (*Virchow's Archiv f. Pathol. Anat. u. Physiol. u. f. Klin Med.*, 129, Bd, 1892).

Pharynx et Varia.

Atlas der Krankheiten der Mund und Rachenhœhle. (Atlas des maladies des cavités buccales et pharyngienne, par J. Mikulicz et P. Michelson; (A. Hirschwald, éditeur, *Berlin*, 1891 et 1892).

Zür Behandlung der Rachentuberculose nach dem Liebreich'schen Verfahren. (Traitement de la tuberculose du pharynx par la méthode de Liebreich, par C. Bogroff (*Berl. Klin. Woch.*, 13 juillet 1891).

Ueber diphtéritische Laehmungen. (Paralysies diphtéritiques, par H. Hochhaus (*Virchow's Archiv.*, t. CXXIV, fasc. 2, 1891).

Etiologie de l'angine folliculaire, par Sendtner (*Münch. Med. Woch.*, n° 26, 1891).

Statistique des cas de diphtérie et de croup traités pendant ces deux dernières années à l'hôpital des Enfants-Stéphanie de Budapest. (Statistick der Diphterie und der Croup im Budapester Stefanie kinder spital in den letzten zwei Iahren), par Bokai (*Iahrb. f. Kinderheilkunde*, p. 414, 1891).

Die Accumulatoren im Dienste der Medicin. (Les accumulateurs employés en médecine par W. Freudenthal) (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., août 1891).

Ein Fall von Wanderkropf. (Un cas de goître migrateur, par Reuter *Münch. Med. Woch.*, n° 26, 1891).

Ueber die Erkrankungen der sogennanten Bursa pharyngea. (Affections de la bourse pharyngée, par O. Chiari (*Wiener. Klin. Woch.*, 1er octobre 1891).

Pemphigus des voies aériennes supérieures, par Irsay (*Int. Klin. Rund.*, n° 28 et 29, 1891).

Digitized by Google

Der Gaumenwulst (Torus palatinus) Ein Beitrag zur anatomie des knoechernen Gaumens. (Le bourrelet palatin (Torus palatinus). Contribution à l'anatomie du palais osseux, par L. Stieda (Festschrift Rudolf Virchow ; Hirschwald, éditeur, *Berlin*, 1891).

Die Funktion der Schilddrüse. (Fonction de la glande thyroide. Étude historique et critique, par V. Horsley) (Festschrift Rudolf Virchow ; Hirschwald, éditeur, *Berlin*, 1891).

Hémorragie du pharynx provoquée par un corps étranger; mort. par Zemann (*Wiener Med Doctoren Collegium*, 9 novembre; *Allg. Wiener Med. Zeit.*, 24 novembre 1891).

Sur l'étude de la pharyngite fibrineuse, par Hajek (*Int. Klin. Rundsch*, 25 octobre 1891).

Sur le diagnostic de la pharyngite fibrineuse, par Schnitzler (*Int. Klin. Rundschau*, n° 40, 1891).

Statistique de la diphtérie à Berlin pendant l'année 1890 et les variations météorologiques, par F. Wachsmuth (*Prager Med. Woch.*, 21 octobre 1891).

Ueber die klinischen und histologischen Veränderungen der luëtisch erkrankten Tonsillen und Gaumenbögen. (Modifications cliniques et histologiques des amygdales et des voûtes du palais atteintes de syphilis, par J. Neumann (*Wiener Klin. Woch*, 3 décembre 1891).

Zur Casuistik und Diagnose des Pemphigus der Mund hoehlen und Rachenschleimhaut. (Casuistique et diagnostic du pemphigus de la muqueuse des cavités buccale et pharyngée, par B. Mandelstamm) (*Berliner Klin. Woch.*, 30 novembre 1891).

De l'emploi local de l'acide chromique dans le traitement des affections syphilitiques de la cavité buccale, par E. Feibes (*Therap Monatshefte*, novembre 1891).

Ein Heilmittel bei Diphtheritis im Spiegel der Cellularpathologie. (Un remède contre la diphterie dans le domaine de la pathologie cellulaire, par J.-E. Güntz (*Allgemeine Wiener Med. Zeit.*, 29 décembre 1891).

Etudes sur la diphtérie humaine, par Tangl (*Baumgarten's Arbeiten aus dem Pathol. Institut.* in *Tübingen*, 1891),

Paralysies diphtéritiques, par A. Baginsky (*Arch. f. Kinderheilk*, Bd 13, h. 4, 5, u. 6).

Recherches anatomiques sur les paralysies diphtériques, par Arnheim (*Arch. f. Kinderheilk*, Bd 13, h. 4, 5 u. 6).

Recherches bactériologiques sur les pneumonies survenant au cours de la diphtérie, par Strelitz (*Arch. f. Kinderheilk*, Bd 13, h. 4, 5 u. 6).

Ueber acute idiopatische Halsdrüsenentzündung. (Amygdalites aiguës idiopathiques, par H. Neumann (*Berl. Klin. Woch* , 28 décembre 1891).

Zur Aetiologie des Skleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftroehre und der Nase (Rhinoskleroma). (Etiologie du sclerome du pharynx, du larynx, de la trachée et du nez (rhinosclérome), par R. Paltauf) (*Wiener Klin. Woch.*, 7 et 14 janvier 1892).

Vorstellung eines Falles von halbseitiger Kropfextirpation. (Présentation d'un cas d'extirpation unilatérable de goitre, par J. Wolff) (*Berl. Med. Gesellsch.*, 16 décembre 1891 ; *Berl. Klin. Woch.*, 25 janvier 1892).

Uranoplastie, par Küster (*Aertzlicher Verein zu Marburg*, 1er juillet 1891 ; *Berl. Klin. Woch.*, 25 janvier 1892).

Des lésions secondaires des amygdales et des follicules de la base de la langue chez les phtisiques, par Dmochowski (*Zieglers Beitraege z. Path. Anat.*, p. 481, 1891).

Le point de vue actuel de la question de la diphtérie et le traitement de cette maladie par la galvanocaustie, par Bloebaum (*Deuts. Med. Zeitung*, n° 1, 1892).

Ueber die erfolgreiche Einheilung der Katzenschilddrüse in die Bauchdecke und Auftreten von Tetanie nach deren Extirpation. (Des suites de la transplantation de la glande thyroïde dans la paroi abdominale chez

Digitized by Google

le chat et apparition de la tétanie après l'extirpation de la glande transplantée, par A. Von Eiselsberg (*Wiener Klin Woch.*, 4 février 1892).

Un cas de maladie de Basedow guéri au moyen d'une opération nasale, par A. Muschold (*Deuts. Med. Woch.*, n° 5, 1892).

Etiologie de la diphtérie, par A. Baginsky (*Berl. Klin. Woch.*, 29 février 1892).

Carcinom der Uvula (Carcinome de la luette, par Katzenstein (*Berl. Med. Gesellsch.*, 10 février; *in Berl. Klin. Woch.*, 29 février 1892).

Sur l'anatomie pathologique de la maladie de Basedow, par E. Mendel (*Deuts. Med. Woch.*, n° 5, 1892).

Chirurgisches instrument zum Abschneiden der Mandeln. Amygdalotome, par F. Hœlder (*Ill. Monats. d. aerztl. Polytechnik*, mars 1892).

Traitement de la diphtérie, par E. Krein et I. Moskowitz (*Gyogyaszat* n° 52, 1891).

Sur les fonctions de la glande thyroïde, par Canizzaro (*Deuts. Med. Woch.*, n° 9, 1892).

Sur les fistules médianes congénitales du cou et de la trachée, par Strübing (*Deuts. Med. Woch.*, n° 9 1892).

Maladies du pharynx et du larynx en rapport avec les anomalies de la menstruation, par E. Baumgarten (*Deuts. Med. Woch.*, n° 9, 1892).

Trois cas de tumeur de la langue, par Fraenkel (*Deuts. Med. Zeitung*, n° 12, 1892).

Guérison de perforations de la langue, par Gonda (*Pester Med. Chir.* Presse n° 52, 1891).

Sur l'emphysème de la langue, par Gravitz (*Munch. Med. Woch.*, n° 9, 1892).

L'étiologie, la prophylaxie et la thérapeutique des hémorragies consécutives à l'amygdalotomie, par Holst (*Oest. Ungar. Centralbl. f. d. Med. Wissenschaften*, n° 11, 1891).

Cas de tumeur de la langue, par Klemperer (*Deuts. Med. Zeit.* n° 18, 1892).

Entgegnung auf Dr Ziem's Artikel : Nochmals die sogennante Tornwaldts'che Krankheit. » Réponse à l'article du Dr Ziem : Encore à propos de la maladie de Tornwaldt, par O. Chiari (*Wiener Klin. Woch.*, 31 mars 1892).

Affections syphilitiques de la langue, par Lewin (*Berliner Derm. Vereinig*, 2 juin 1891; *in Berl. Klin. Woch.*, 11 avril 1892).

Hyperplasie der lymphatichen Rachenringes. Hypertrophie de l'anneau lymphatique du pharynx, par Donalies (*Iahrbuch f. Kinderheilkunde* XXXIII, p. 47).

Invasion du bacille de la diphtérie dans les tissus sous-cutanés, par Spronck (*Cent. f. allg. Path.* III, 1, 1892).

L'albuminurie peut-elle avoir une valeur pronostique au cours de la diphtérie ? par C. Szegö (*Ungarisches Archiv f. Med.*, n° 2, 1892).

Les tumeurs de la base de la langue, par Rosenberg (*Deuts. Med. Woch.*, n°s 13 et 14, 1892).

Traitement des abcès tuberculeux rétro-pharyngés, par Kramer (*Centralbl. f. Chir.*, 1892).

Ueber alimentare Glykosurie bei Morbus Basedowi (sur la glycosurie alimentaire dans la maladie de Basedow, par F. Chvostek (*Wiener Klin. Woch.*, 22 avril 1892).

Ueber die Behandlung der Diphterie in Amerika. Traitement de la diphtérie en Amérique, par Jacobi (*Wien. Med.* Presse n° 2, 1892).

Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Diphterie und Krup. Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur la diphtérie et le croup, par Middeldorpf et Gollmann (44 pages, *Iena* 1892).

L'immunité dans la diphtérie, par Zimmer (*Deuts. Med. Woch.*, n° 16, 1892).

Zur Symptomatologie der Tuberculose. Tuberculöse Geschwüre der Wangenschleimhaut. Contribution à la symptomatologie de la tuberculose. Tumeurs tuberculeuses de la muqueuse de la joue, par P. Heymann (*Berl. Klin. Woch.*, 9 mai 1892).

Digitized by Google

Fremdkörper des Oesophagus bei Kindern. (Corps étrangers de l'oesophage chez les enfants, par G. Romnicianu (*Allg. Wiener Med. Zeit.*, 17, 24 et 31 mai et 7 juin 1892).

Sur les hémorragies pharyngées, par C. Rosenthal (*Deuts. Med. Woch.*, n° 21, 1892).

Tumeurs malignes du pharynx, par Hoppe (*Dissert. Inaug. Berlin*, 1892).

Production colloïde des vaisseaux lymphatiques dans la maladie strumeuse du corps thyroïde chez l'homme, par Podbelsky (*Prager Med. Woch.*, n°s 19 et 20, 1892).

Sur la ligature de l'artère thyroïdienne pour la guérison du goître, par Stiller (*Dissert. Inaug. Berlin*, 1891).

Tödtlicher Blutung aus den Oesophagusvenen bei Lebercirrhose. Hémorragie mortelle des veines œsophagiennes dans la cirrhose du foie, par Ewald (*Verein f. innere Med.*, 1er février; *in Berl. Klin. Woch.*, 6 juin 1892).

Zur Behandlung der epidemischen infectiösen Diphtherie. (Sur le traitement de la diphtérie infectieuse épidémique, par Wilhelmy (*Deuts. Med. Woch.*, n° 5, 1892).

ropf schwund nach halbseitiger Strumectomie. Disparition du goître à la suite de la strumectomie unilatérale, par R. Kœhler (*Berliner Klin. Woch.*, 13 juin 1892).

Ueber Zungensarcom. (Sur le sarcome de la langue, par M. Scheier (*Berl. Klin. Woch.*, 18 juin 1892).

Veränderungen in den peripherischen Nerven des Hundes nach Extirpation der Schilddrüse. (Modifications du système nerveux consécutives à l'extirpation de la glande thyroïde chez le chien, par Kopp (*Virchow's Archiv.*, T. C. XXVIII, p. 290, 1892).

Contribution à l'étude de l'étiologie de la diphtérie chez les enfants, par Schlichter (*Archiv. f. Kinderheilk.* Bd H. 3, u. 4).

Nouvelles contributions à l'extirpation dans la maladie de Basedow, par Stierlin (*Bruns Beitræge zur klin. Chir.*, Bd 8, p. 578).

Die örtliche Behandlung der Rachendiphtherie mit Liqu. Ferr. sesquichlor und ihre Erfolge. (Le traitement local et les résultats du traitement de la diphtérie par le sesquichlorure de fer, par Rehn (*XI Congrès de Méd. interne Leipzig*, avril 1892; in *Centr. f. Klin. Med.*, 25 juin 1892).

De la dilatation rétrograde des rétrécissements de l'œsophage, par J Gissler (*Beiträge z. Klin. Chir.* p., 109, T. VIII).

Sur les altérations des nerfs périphériques dans la cachexie strumiprive de l'homme et du singe et dans le crétinisme, par Langhans (*Virchow's Archiv*, T CXXVIII, fasc. 2, p. 318).

Sur la physiologie de la glande thyroïde, par Hofmeister (*Fortschritte der Med.*, n° 4, 1892).

Sur la morphologie de la glande thyroïde de l'homme, par K. Weibgen (*Münch. Med. Abhandlungen*, T. VIII).

Sur l'inflammation de la glande thyroïde, par Koranyi (*Pester Med. Chir. Presse*, n° 14, 1892).

Thérapeutique de la diphtérie, par Stein (*Thüringische Monats.*, n° 4, 1892).

Deux cas de phlegmon infectieux aigu du larynx, par Dubler. (*Virchow's Archiv*, Bd 126, H 3).

Die Krankheiten der Mundhœhle, des Rachens und der Nase mit Einschluss der Rhinoscopie und der lokal-therapeutischen Technik für praktische Ærzte und Studirende. (Les maladies de la cavité buccale, du pharynx et du nez avec un appendice sur la rhinoscopie et la technique du traitement local, à l'usage des praticiens et des étudiants, par Schech (4e édition avec 41 figures, F. Deuticke, éditeur, *Vienne*, 1892).

Myxoedem, auf Syphilis beruhend. (Myxoedème d'origine syphilitique, par R. Kœhler. (*Berl. Klin. Woch*, 25 juillet 1892).

De l'hypertrophie des amygdales et des hémorragies consécutives à l'amygdalotomie, par Hofmann (*Dissert. inaug. Bonn*, 1892).

Digitized by Google

Traitement de la diphtérie de la gorge, par P. Balassa (*Orvosi Hetilap*, n° 13, 1892).

Zwei Fælle von Retropharyngealabcesse in Folge von Influenza. (Deux cas d'abcès rétro-pharyngiens consécutifs à l'influenza, par Fischer (*Wien. Med. Presse*, n° 30 1892).

Dilatations-Sonden zur Behandlung von Stricturen des Œsophagus. (Sondes dilatatrices pour le traitement des sténoses œsophagiennes, par Rosenheim (*Berl. Med. Gesellsch*, 6 juillet ; *Berl. Klin. Woch.*, 8 août 1892).

Contribution à l'étude de la diphtérie, par Hoppe-Seyler (*Deutsches Archiv f. Klin. Med.*, fasc. 6, 1892).

ERRATUM

Prière de rectifier de la façon suivante une phrase du mémoire du Dr Orgogozo paru dans le numéro de novembre. A la page 832, au lieu de « disons que l'intervention discutable *au 40e jour* ; lire « au 10e *jour* ».

NOUVELLES

Un comité composé des Drs d'Agoanno (Palerme), Avoledo et Longhi (Milan), Bartolini, de Rossi, Egidi, Ferreri, Felici, V. Koch et Marchiafava (Rome), Brunetti (Venise), Cimmino et Cozzolino (Naples), Dionisio et Gradenigo (Turin), Secchi (Bologne), et Strazza (Gênes) s'est formé dans le but de transférer de *Florence* à *Rome* le siège du prochain Congrès international d'otologie.

Il avait été décidé, lors de la dernière session de ce Congrès à Bruxelles, en 1888, que la réunion suivante aurait lieu en 1892 à Florence ; mais après que Rome eût été désignée pour recevoir le Congrès international de médecine en 1893, on convint de remettre le Congrès otologique à la même année et de se réunir à Florence une semaine avant l'ouverture du Congrès de Rome.

Le comité ci-dessus propose, avec raison, de transformer en *Congrès international d'otologie* la *section d'otologie* du *Congrès international de médecine*. Ceux d'entre nos confrères qui désireraient appuyer la demande des specialistes italiens sont priés d'envoyer le plus tôt possible leur adhesion au Dr G. Ferreri, 71, viâ Cavour, Rome.

Le Dr William C. Jarvis, de New-York, vient d'être nommé professeur de laryngologie à l'Université de Vermont.

Digitized by Google

Nous avons le plaisir d'apprendre que le Dr Schleicher vient d'être mis à la tête d'un *serviee d'otologie* à l'hôpital Saint-Elisabeth, d'Anvers.

La Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie a tenu sa première session à Rome du 26 au 28 octobre, sous la *présidence* de V. Grazzi ; *vice-président*, F. Massei ; *conseils*, C. Labus et G. Gradenigo ; *secrétaire de l'Association*, A. Fasano ; *secrétaire du conseil*, C. Corradi ; *trésorier*, F. Egidi.

Le prof. E. Morpugo, de Trieste, a été nommé *membre correspondant*, et les prof. A. Politzer, de Vienne, C. Delstanche, de Bruxelles, et B. Fraenkel, de Berlin, *membres honoraires*.

Les comptes rendus de cette réunion seront publiés prochainement.

Le 28 octobre dernier, le Dr P. Avoledo, de Milan, a passé à l'Université de Rome, l'examen de docent libre d'otologie. Sa thèse était intitulée : *Affections purulentes de l'oreille moyenne et lésions intra-craniennes consécutives*.

La commission d'examen était composée des professeurs : Toscani, Todaro, de Rossi et Marchiafava, de Rome, et Grazzi, de Florence. (*Boll. delle mal. dell' orecchio*, etc.)

Nous lisons dans la *Berliner klinische Wochenschrift* que l'otologiste connu, le Dr Katz, vient de passer ses examens de docent à l'Université de Berlin, sur : *Les suppurations de l'oreille dans quelques maladies infectieuses*.

M. Eeman, professeur *extraordinaire*, a été nommé professeur *ordinaire* de pathologie et de thérapeutique spéciale (laryngologie, otologie, rhinologie) à l'Université de Gand.

Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris.
Ordre du jour de la séance du 2 décembre.

Rôle phonique de la trachée, par Moura. — Soudure complète du voile du palais et du pharynx, par Cartaz. — De la cocaïne comme anesthésique pour les communications sur l'oreille moyenne, par Lubet-Barbon. — Trois communications, par Bonnier.

Un nouveau journal va paraître en Italie à partir du mois de janvier 1893. Ce recueil, intitulé : *Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia*, sera publié sous la direction des prof. E. de Rossi (de

Digitized by Google

Rome), et G. Gradenigo (d Turin), avec la collaboration des Drs Ferreri, Marchiafava et Nuvoli (Rome) Corradi (Vérone), Longhi et Avoledo (Milan), Cozzolino (Naples), Secchi (Bologne), et Roncalli (Bergame).

L'*Archivio* paraîtra tous les trois mois en fascicules de 80 à 100 pages, comme les périodiques allemands : *Archiv* et *Zeitschrift für Ohrenheilkunde* sur le modèle desquels il sera copié.

Comité du monument Villemin.

Un certain nombre de médecins des Vosges ont pensé que le Dr Villemin, originaire de ce département, méritait, par les immortels services qu'il a rendus à la science et à l'humanité, qu'un hommage public fût rendu à sa mémoire, et dans la localité même qui a donné naissance à ce savant.

Ils ont constitué un comité qui se trouve composé de la manière suivante :

Présidents d'honneur : MM. H. Boucher, député des Vosges, conseiller général du canton de Bruyères (où est né Villemin) ; Dr Léon Colin, membre de l'Académie de médecine, médecin-inspecteur, directeur du service de santé militaire du gouvernement de Paris ; Dr Kelsch, médecin principal de 1re classe, professeur au Val-de-Grâce, tous trois compatriotes du docteur Villemin.

Président du comité : Dr Liétard, président de l'Association de prévoyance.

Vice-président du comité : Dr Lardier, président de l'Association syndicale.

Membres : Dr Guyon, vice-président de l'Association de prévoyance; Dr Pommageot, vice-président de l'Associatien syndicale.

Secrétaire-trésorier du comité : Dr A. Fournier, membre.

Le but que se propose d'atteindre ce comité est d'élever à la mémoire du Dr Villemin, dans son village natal, un monument perpétuant les services rendus au pays et à la science par notre illustre compatriote.

Le comité a pensé que, dans le pays tout entier aussi bien que dans les Vosges, les médecins et un grand nombre de personnes qui se sont intéressés aux travaux mémorables du Dr Villemin seraient heureux de saisir cette occasion de rendre un public hommage à cette gloire que nous devons considérer comme nationale, car il est hors de doute que, sans Villemin, la découverte de l'Allemand Koch serait encore aujourd'hui à faire.

A cet effet, le comité a ouvert une souscription, dont le produit sera affecté à l'érection d'un monument dans la commune de Prey-sous-Bruyères (Vosges).

Le Secrétaire du Comité,
Dr Fournier.

Le Président du Comité,
Dr Liétard.

Digitized by Google

La Direction des *Annales* s'inscrit pour la somme de 40 francs et elle se chargera de transmettre à M. le Dr Fournier les souscriptions qu'on voudra bien lui adresser.

Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra, en 1893, à Besançon, sous la présidence du professeur Ch. Bouchard.

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un spécialiste déjà connu par des travaux estimables, le Dr J. Charazac, qui vient de succomber à Toulouse, à l'âge de 34 ans.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons une douloureuse nouvelle. Notre excellent ami, le Dr F. H. Hooper, de Boston, vient de succomber aux progrès d'une cruelle maladie de gorge. Nous n'avons pas besoin de rappeler à nos lecteurs la valeur des travaux de physiologie de notre savant collaborateur, travaux que nous avons eu l'honneur d'insérer dans ce journal.

Association de la presse médicale.

Procès-verbal de la réunion du 4 novembre 1892 au restaurant Marguery. Quinze membres étaient présents au dîner, que présidait M. Cornil. M. de Ranse, syndic, s'était excusé.

La séance a été occupée d'abord par la discussion des candidatures posées. Ont été admis à l'unanimité : M. le Dr Chervin, directeur du journal *la Voix* ; M. le Dr Gauthier, directeur du journal *la Revue internationale d'électrothérapie ;* M. le Dr Gilles de la Tourette, directeur du journal *l'Iconographie de la Salpêtrière.*

Après conversation sur divers sujets, une commission, composée de MM. Topinard, Leblond et Gorecki, est nommée à l'effet d'étudier un point intéressant le journalisme médical. Elle a, en outre, le mandat de faire choix d'un *conseil judiciaire* de l'association, en vue de la question spéciale qu'elle est chargée de traiter.

Il est décidé que la liste des membres de l'Association sera adressée à tous les éditeurs d'ouvrages de médecine.

Le Secrétaire : Marcel Baudouin.

La section de médecine de l'Académie des Sciences a ouvert une souscription publique pour offrir à M. Pasteur un souvenir à l'occasion de

Digitized by Google

ses 70 ans. Les souscripteurs seront convoqués le mardi 27 décembre à 10 h. 1/2 du matin dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. On remettra alors solennellement à M. Pasteur une grande médaille en or, œuvre de M. Roty, portant d'un côté l'effigie de l'illustre savant et, au revers, l'inscription suivante : *A Pasteur, le jour de ses 70 ans, la science et l'humanité reconnaissantes. 27 décembre 1892.* La liste des souscripteurs sera également remise à M. Pasteur. La souscription sera close le 23 décembre.

Vin de Chassaing (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Bromure de potassium granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Falières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de Vichy. (Poudre de séné composée.) — Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'Eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

Grains de Céber. Poudre Manuel. Granules ferro-sulfureuses Thomas

---

Digitized by Google

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Zur Kenntniss der Otitis Interna (Contribution à l'étude de l'otite interne), par J. HABERMANN. (Tirage à part du *Zeits. f. Heilkunde*, 1892.)

Zwei seltene Geschwülste der Mundhœhle (Deux tumeurs rares de la cavité buccale), par DEMME. (Tirage à part du *Monats. f. Ohrenh.*, 1892.)

The treatment of hypertrophic rhinitis by electrolysis (Traitement de la rhinite hypertrophique par l'électrolyse), par W. SCHEPPEGRELL. (Extrait du *New Orleans Med. and Surg. Journal*, septembre 1892.)

La grippe-influenza. Étiologie. Pathogénie. Formes cliniques. Traitement, par J. TEISSIER. (Un vol. de 196 pages, avec planches en héliotypie, J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1893.)

A satisfactory Tongue Depressor (Un abaisse-langue satisfaisant), par CHEVALIER JACKSON. (Extrait du *N. Y. Med. Rec.*, 7 mai 1892.)

The Effect of Intra-nasal Obstructions of the Singing Voice (Effet des obstructions intra-nasales sur la voix chantée), par A. B. TRASHER. (Extrait du *Lancet Clinic.*, 8 octobre 1892.)

I. Abcès du larynx dans la scarlatine. II. Un nouveau cas de chancre induré de la fosse nasale, par E.-J. MOURE. (Broch. de 12 pages, Feret, éditeur, Bordeaux, 1892.)

Nota clinica sulle otite suppurative croniche. Diagnosi e cura (Note clinique sur les otites suppurées chroniques. Diagnostic et traitement, par E. GIAMPETRO. (Extrait du *Giorn. Int. delle Scienze Med.*, 1892.)

I. Deux opérations d'épithélioma du pavillon de l'oreille suivies d'autoplastie, par GUERMONPREZ et COCHERIL. II. Ablation d'une portion de de l'antitragus. Autoplastie de cette portion du pavillon de l'oreille, par GUERMONPREZ. (Broch. de 11 pages ; Lille, 1892.)

Les maladies du larynx. Laryngites aiguës. Laryngite catarrhale chronique. Phtisie laryngée. Syphilis laryngée. Cancer du larynx, par H. CUVILLIER. (Broch. de 32 pages ; extrait du *Traité de médecine*, tome I ; Rueff et Cie, éditeurs, Paris, 1892.)

Lässt sich das Mikrophon zur Construction eines hörverbessernden Apparates mit Vortheil anwenden ? (Peut-on employer avec avantage le microphone dans la construction d'un appareil destiné à améliorer l'audition ?) par V. LANGE. (Tirage à part de la *Deutsch. Med. Woch.*, n° 15, 1892.)

Digitized by Google

Transactions of the American Otological Society (Comptes rendus de la Société d'otologie américaine. 25e réunion annuelle. Fort Griswold House, New London, Conn. 19 juillet. Vol. V, 2e partie. Mercury Publishing Company, New Bedford, mars 1892.)

Nomenclatura morborum auris et nomenclatura morborum nasi et naso pharyngis (Nomenclature des maladies de l'oreille, du nez et du naso-pharynx), par E. D. Spear. (Broch. de 10 pages; Boston, 1892.)

Intubazione in paralisi laringea isterica (Intubation dans la paralysie laryngée hystérique), par O. Ascenso. (Extrait du *Boll. delle Mal. dell' Orecchio, Gola e naso*, n° 11, 1892.)

Wan treten nach Operationen in der Nase und im Nasenrachenraume leicht Entzündungen oder anderer benachbarter Theile auf? (Quand apparaissent facilement à la suite d'opérations nasales ou naso-pharyngées des inflammations de l'oreille ou des parties voisines?) par M. Bresgen. (Tirage à part du *Wiener Med. Woch.*, nos 45 à 47, 1892.)

I. Epiglottiscysten, Epiglottisgeschwülste (Kystes de l'épiglotte, tumeurs de l'épiglotte). II. Croup. III. Diphtérie (Tirages à part du *Diagnost. Lexikon f. Prakt. Aerzte*, Vienne, 1892.)

A case of atresia laryngis from catarrhal laryngitis, with presentation of patient, followed by intubation (Un cas d'atrésie laryngee provenant d'une laryngite catarrhale, avec présentation du malade, suivie d'intubation), par A. W. de Roaldes. (Extrait du *New Orleans Med. and Surg. Journ.*, février 1892.)

Adenoid growths of the naso-pharynx and their treatment (Traitement des végétations adénoïdes du naso-pharynx), par A. W. de Roaldes. (Extrait du *New Orleans Med. and Surg. Journ.*, août 1892.)

Indirizzo terapico-chirurgico nelle complicanze intracraniche da flogosi purulente dell' apparato uditivo (Traitement chirurgical des complications intra-craniennes des phlogoses purulentes de l'appareil auditif. Leçon de clôture au cours officiel d'otologie de l'année scolaire 1891-92), par V. Cozzolino. (Extrait de la *Rassegna di Scienze Med.*, novembre 1892.)

Ueber die anatomischen Verhältnisse der Stirnhoehle und ihrer Ausmündung (Sur les proportions anatomiques des sinus frontaux et de leur orifice), par A. Hartmann. (Tirage à part des *V. Langenbeck's Archiv*, Band XLV, Heft 1, 1892.)

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 64.12.92.

Digitized by Google

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1892

(18e VOLUME)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

A

Achalme (P.), 141.
Aguanno (A. d'), 967.
Alezais, 64.
Allen (Harrison), 126, 724.
Anton (W.), 641.
Aplavin, 466.
Arthaud, 143.
Asch (M. J.), 131, 855.
Astier (C.), 634.
Aubert (C.), 55.
Audubert, 137.
Avellis (G.), 267, 373.

B

Babès, 651.
Bacon (Gorham), 125, 850.
Bailliet. 770.
Baker, 650.
Bandler (A.), 283.
Baratoux J.), 766.
Barbier (H.), 864.
Barth (A.), 948, 954.
Batten (R.-D.), 798.
Baumgarten (E.), 450, 451, 722.
Baxter, 261.
Bayer (L.). 555, 556.
Beauregard (H.), 772.
Beermann, 460.
Berg, 643.
Bergonié (J.), 940.
Berlioz, 62.
Besnier (E.), 66.
Bezold (F.), 448.
Bignon (A.), 869.
Bing (A.), 264.
Blake (Cl.-J.), 124, 259, 849 851.
Bleuler (E.), 281.
Bloch (J.), 646.
Blois (T.A. de), 857.
Bobone (T.), 963.
Bogroff, 294.
Bornemann (A.), 269.
Bosworth (F.-H.), 127, 128,
Botey (R.), 964, 967, 968, 971, 974.
Boulloche (P.), 138.
Bouveret (L.), 132.
Boval, 558.
Brandt (J.), 226.
Bresgen (M.), 114, 115, 292, 372.
Brieger (O.), 220.
Brook, 453.
Brühl (I.), 145.
Bryan (H.), 858.
Bryant (W.), 260, 570.
Burnett (C.-H.), 124.

C

Cadiot, 770.
Canizzaro, 468.
Capart (A.). 544, 545.
Caponotto, 968.
Carralero, 965.
Cartaz (A.), 637.
Casselberry (W.-E.), 129.
Cazenave (W.), 50.
Chamberlain, 576.
Chapman (S.-Hartwell), 854.
Charazac (J.), 55, 56, 770.
Chatellier (H.), 118, 213, 376, 380, 779.

Digitized by Google

Chavasse, 470.
Chencinaki, 470.
Cherubino (P.), 976.
Chiari (O.), 269, 395, 457.
Cholewa (R.), 288.
Chvostek (F.), 719.
Claisse (P.), 859.
Cohn (M.), 228.
Collet (J.), 81, 504.
Comby (J.), 777.
Compaired (C.), 965.
Conil (C.), 788.
Coponotto, 968.
Coppez, 577.
Corradi (C.), 963.
Couëtoux (L.), 251, 440, 608, 789.
Cousins (J.-Ward). 798, 870.
Crary, 581.
Cros, 786.

D

Dagron, 146.
Dalbey, 571.
Dauchez (H.), 775.
Davidsohn, 234, 385.
Deguéret, 135.
Delavan (D.-Bryson), 853, 855.
Delie, 547.
Delstanche (Ch.), 542, 543.
Demme (C.), 384.
Dennert, 953.
Destot, 63.
Dionisio (I.), 254, 966.
Divet (L.), 776.
Dmochowski, 860.
Draispul. 463.
Dreessmann, 303.
Dreyfuss (R.), 778.
Duane (A.), 374.
Dufour, 792.
Dunn, 581, 724.
Du Pasquier (Ch.), 792.
Duplay (S.), 628, 866.

E

Eeman (E.), 550.
Eliasberg, 642.
Eloy (Ch.), 141.
Emerson (J.-B.), 850.
Espada (J.-M.), 972.

F

Feibes (E.), 298.
Février (Ch.), 883.
Ficano (G.), 967.
Fischel, 234.
Fischer, 579.
Flatau (T.-S.), 299, 639.
Fleischer, 647.
Foster, 572.
Fraenkel (B.), 384, 962.
Fraenkel (Eug.), 265.
Frèche, 682.
Freund (C.-S.), 227.
Friedenwald (H.), 261.
Friedlaender (P.-A.), 968.
Frykman, 647.

G

Galliard (L.), 136.
Gamaleia (N.), 793.
Gampert, 71.
Garel (J.), 504.
Gastou (P.), 40, 118, 208, 375, 560, 634, 841, 956.
Geffrier (P.), 56.
Geist, 303.
Gellé, 35, 43, 46, 49, 215, 347, 515, 771, 924, 957.
Gerhardt, 648.
Gil (B.), 469.
Gilis (P.), 770.
Gilles, 213.
Glasgow (W.-E.), 125.
Gleich, 582.
Gleitsmann, 579.
Gley (E.), 142, 143, 144.
Glover (J.), 352.
Goris (C.), 975.
Gottfried (J.), 278.
Gottschalk (S.), 292.
Gouguenheim (A.), 773, 787.
Grabower, 568.
Gradenigo (G., 263, 606, 963.
Grandou, 146.
Gruber (J.), 231.
Grünwald (L.), 233.
Guillemain (A.), 64, 784, 938.
Guinochet, 794.
Guye, 116.

Digitized by Google

H

Habermann (J.), 228, 712.
Hacker, 471.
Hajek, (M.), 735.
Hal Foster, 798.
Hallopeau (H.), 136.
Hamon du Fougeray, 587.
Hanot (V.), 138.
Hansberg, 614.
Harke (Th.), 293.
Hartmann (Arthur), 950.
Hartmann (Henri), 147.
Hauck (P.), 797.
Haug (R), 233.
Haushalter (P.), 140.
Hawkins Ambler (G.-A.), 799.
Hecke (O.), 714, 716.
Heiman (T.), 261, 720.
Hélary (L.), 931.
Hennig (A.), 703.
Henoch, 294.
Heryng (T.), 282, 298.
Herzfeld, 569.
Hersler, 643, 709.
Heymann (P.), 219, 639, 961.
Hicguet (C.), 548.
Hinterberger (A.), 296.
Hoehlein, 465.
Holmes, 648.
Holsti, 648.
Holz, 218.
Homans, 650.
Hooper (F.-H), 455, 575.

I

Imbert (A.). 333.
Imbert (L), 787.
Ingals (E.-F.). 461.
Irsay, 642, 650.

J

Jack (F.-L.), 851.
Jacobi, 650.
Jacobs, 51.
Jacquet, 66, 862.
Jankau (L.), 293.
Janowski, 455.
Jansen, 707, 947.
Jarvis (W.-C.), 130.
Johnston-Wyatt, 472.
Joly (A.), 945.
Jullien (Louis), 862.

K

Kafemann (R.), 114, 702, 703.
Kaplan (H.), 258.
Kapper (F.), 272.
Katzenstein (J.), 289, 569, 961.
Kayser (R.), 227, 287, 291.
Kelliher, 579.
Kerley (C.), 576.
Kholshevniskoff, 469.
Kiesselbach, 220.
Killian (G.), 645.
Kipp (C.J.), 849.
Klingel, 720, 721.
Knapp (H.), 124, 850.
Knight (C.-H.), 128, 461. 355
Knight (F.-I.), 851.
Koch (C.), 302.
Koch (Paul), 532, 537.
Kœhler, 271.
Kœrner (O.), 286.
Krakauer (A.), 220.
Kreidl (A.), 305.
Krenn (C.), 292.
Krieg (R.). 840.
Krzywicki, 385.
Kuchenbecker (A.), 945.
Kuhn, 946.
Kuttner (A.), 272, 297.

L

Laker (C.), 444, 946.
Landgraf, 704, 707.
Langerhans, 267.
Langmaid (S.-W.), 853.
Lannois (M.), 1.
Laquer (B.), 294.
Laulanié, 143.
Laurent (O.), 540, 554.
Laveran (A.), 137, 771.
Lazarus (J.), 286.
Le Gendre (P.), 859.
Lejars (F.), 59, 72, 868
Lemcke, 949.
Lenormand, 867.

Digitized by Google

Lépine (R.), 59.
Lermoyez (M.), 161.
Leredde (E.), 772.
Le Roy, 66.
Levy, 953.
Lichtenberg (C.), 224, 225.
Lichtwitz (L.), 97, 362, 835, 956.
Lieven, 646.
Lincoln, 579.
Lœwenberg (B.), 48, 560.
Lœwenstein, 290.
Loos, 455.
Louis, 147.
Lubet-Barbon, 40, 68, 211, 790.
Lubliner (L.), 280.
Lublinski (W.), 282, 961.
Luc (H.), 42, 50, 52, 55, 63, 65, 208, 768, 787.
Lucae, 946.
Luzet, 134.

M

Maas, 456.
Mac Bride (P.), 369.
Mac Coy (A.-W.), 856.
Mac Donald (G.), 462, 647, 723.
Macintyre (J.), 465.
Mackenzie (G.-Hunter), 471.
Mackenzie (Hector), 797.
Mackenzie (J.-Noland), 131.
Maggiora (A.), 263.
Magon, 143.
Mandelstamm, 649.
Marage, 212.
Marchand (Louis), 936.
Marchant (Gérard), 145.
Martha (A.), 768.
Martin (Alfred), 40.
Mauclaire (L.), 782, 791.
Mégnin (P.), 139.
Mendel (E.), 304.
Ménière (E.), 69, 212, 562.
Meyer (Edm.), 705.
Michel, 132.
Michelson (P.), 300, 301.
Miller, 462.
Minor (J.-L.), 796.
Moll (A.-C.-H.), 552.
Mongardi (R.), 963.
Montaz (L.), 55.
Moos (S.), 947.
Morel-Lavallée, 134.
Morton (C.-A.), 871.
Mounier (F.), 539, 758.
Moure (E.-J.), 60, 940.
Moussous (A.), 768.
Mules, 797.
Müller, 445.
Mumford, 649.
Munk (H.), 274.
Musehold, 304, 640.
Muselier (P.), 58.
Mussy (J.), 943.

N

Nabias (B. de), 636.
Natier (M.), 70, 117, 776.
Nepveu, 140.
Netter (A.), 767.
Newman (D.), 574, 581.
Nicaise (E.), 54, 60.
Nimeyer (H.), 295.
Nimier (H.), 749.
Nitsche, 285.
Noquet, 552.

O

Oefele (von), 870.
Olivenbaum, 231.
Onodi (A.), 273.
Orgogozo (F.), 821.

P

Page, 468.
Palazzolo (N.), 974.
Paltauf, 284.
Papadopoulos, 46.
Parant (V.), 769.
Passy (J.), 789.
Patteson, 571.
Paul (Constantin), 774.
Pauli (P.), 278.
Pavloff, 461, 463.
Pavlovsky, 460.
Pellegrini (L.), 975.
Peltesohn (F.), 216, 384, 568, 63 961.
Percepied, 563.
Peter (M.), 52.
Petersen, 647.
Phillips, 578.
Pick (F.), 641.
Picqué (L.), 883.
Pilliet (A.-H.), 61, 62, 788

Digitized by Google

Pineles (F.), 274.
Pisarzewski, 472.
Pitts, 453.
Plicque (A.-F.), 241.
Polignani, 972.
Politzer (A.), 206, 317, 382.
Pomeroy (O.-D.), 573, 848.
Potherat (E.), 136.
Potiquet, 45, 63, 375, 779, 841 844.
Poulalion (S.-A.-M.), 539.
Pritchard (U.), 262.

Q

Quinquaud, 144.

R

Radsach, 571.
Ramon y Cajal, 972.
Randall (A.-B.), 124, 849, 852.
Ransom (C.), 576.
Ravenel, 455.
Raugé (P.), 59, 663.
Raulin (V.), 133.
Ray (J.-M.), 124.
Raymond (F.), 767.
Reclus (P.), 628.
Renault (J.), 862.
Rendu (H.), 138, 867.
Retterer (E.), 793.
Reverdin (A.), 794.
Revilliod (E.), 643.
Rice (Cl.-C.), 127, 856.
Rixa (A.), 723.
Robertson (R.), 798.
Robertson (W.), 643.
Robin (Albert), 47.
Robinson (Beverley), 131, 855.
Rœ (J.-O.). 580, 855, 857.
Rohrer (F.), 948, 965.
Roosa (D.-B.-St-John), 851, 852.
Root, 574.
Roquer-Casadesus (J.), 974.
Rosenberg (A.), 216, 219, 569, 706.
Rosenthal (C.-F.-P.), 373.
Rosenzweig, 302.
Rosinski, 300.
Rostoshinsky, 457.
Rousseaux (L.). 556.
Roy (J.), 215.
Ruault (A.), 214, 215, 566, 629, 862, 959.
Ruck, 577.
Rumpel, 470.
Rushmore, 582.
Rutten, 552.
Rydigier, 651.

S

Sabrazès (J.), 636, 682.
Saint-Hilaire (E.), 213.
Sajous (C.-E.), 841.
Sandmann (G.), 288.
Sandras, 776.
Sauvineau, 137.
Schaefer (A.). 296.
Scheff (G.). 944.
Scheier, 217, 705.
Scheinmann (J.), 218, 265.
Schiffers (F.), 148, 149, 540, 542.
Schmidt (T.), 231.
Schmiegelow (E.), 53.
Schubert, 951.
Schuster, 456, 543.
Schütz, 953.
Schwabach, 232.
Schwalbe (J.), 279.
Schwartz (Ed.), 54.
Secrétan (L.), 633.
Sedziak (J.), 458.
Seifert (O.), 62, 279.
Sendtner (J.), 295.
Sevestre (A.), 135.
Sewill, 462.
Sexton (S.), 374, 570, 719.
Shurly, 128.
Siebenmann (F.), 116, 970.
Sokoloff, 466.
Sokolowski (A.), 276, 860.
Solis-Cohen (J.), 122, 453, 721, 723.
Soupault (M.), 139.
Spalding, 719.
Spratling, 573.
Stacke, 221.
Steinbrügge, 260.
Stépanow, 285.
Stoker (G.), 453.
Suchannek, 287.
Suckling, 870.
Suñe y Molist (L.), 161.
Sutphen (T.-Y.), 850.
Swain (H.-L.), 856.
Szadek (C.), 71.
Szenes (S.), 223, 718, 950.
Szoldrski, 645.

Digitized by Google

T

Terrier (F.), 147.
Terson (A), 784.
Theobald (S.), 125, 850.
Thorington (J.), 694.
Tissier (P.), 69, 421, 775, 807.
Treitel, 271, 961.
Trékaki, 109, 867.
Truckenbrod, 220.
Tyler (Lacklan), 576.

V

Vali (E.), 230.
Variot, 51.
Vialle (E.), 141.
Vicentüs (de), 972.
Vohsen, 952.

W

Wagner (Clinton), 126.
Wagner (R.), 275, 276, 281, 644.
Wagnier, 557.
Walter, 954.
Walther (Ch.), 795.
Wilson (A.), 471, 571.
Witzel, 457.
Wladimir, 858.
Wodon, 558.
Wolf (O.), 952.
Wolfenden (R.-Norris), 461.
Wolff, 271, 273, 385.
Wright (J.), 128, 465, 575, 855.

X

X..., 580.

Z

Zadeck, 293.
Zander (A.), 469.
Zarniko (E.), 290.
Ziem, 67, 487.
Zilgien (H.), 57, 58.

Digitized by Google

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

Pages.

Abcès cérébraux d'origine intra-crânienne. Anatomie pathologique. Pathogénie. Traitement (Contribution à l'étude des), par L. Picqué et Ch. Février..... 883
Abcès de la base de la langue (Note sur un cas d'), par L. Hélary..... 931
Affections du nez et de ses annexes dans l'influenza (Des), par P. Tissier..... 421
Anatomie pathologique des nodules des chanteurs (Sur l'), par Sabrazès et Frèche..... 682
Audiphone appliqué au diagnostic otologique (L'), par Gellé... 515
Complications auriculaires au cours de la leucocythémie, par M. Lannois..... 1
Corps étranger du larynx, par Paul Koch..... 537
Couteau de Schmidt adapté à l'enfant (Le), par L. Couëtoux... 440
Destruction presque totale du voile du palais corrigée par un palais mou artificiel, produisant non seulement une grande amélioration de la parole, mais un accroissement immédiat de l'audition, par J. Thorington..... 694
Diapason pour la constatation de la perméabilité de la trompe d'Eustache (Expérience de), par A. Politzer..... 203
Empyème latent bilatéral de l'antre d'Higmore et nécessité du lavage explorateur méthodique de cette cavité dans les cas de blenorrhée nasale (De la fréquence de l'), par L. Lichtwitz.. 97
Empyème de l'antre d'Higmore (Sur les résultats du traitement de l'), par O. Chiari..... 395
Incision pratique du tympan dans l'otite moyenne aiguë simple (De l'), par F. Mounier..... 758
Instruments pour l'ablation des néoplasmes laryngiens de l'enfant par la méthode de l'intubation avec tube fenêtré, par L. Lichtwitz..... 835
Insuffisance vélo-palatine (L'), par M. Lermoyez..... 161
Laryngo-spasme unilatéral intermittent (Du), par J. Garel et J. Collet..... 504
Maladies du nez ; leurs rapports avec les maladies des yeux (A propos des), par Ziem..... 487
Mutisme hystérique (Quelques observations sur le), par Paul Koch..... 532
Nez et l'érysipèle (Le), par P. Tissier..... 807
Otite suppurée ; accidents cérébraux à la suite du tamponnement postérieur dans une épistaxis grave, par Gellé..... 35
Ouverture de l'apophyse mastoïde dans les cas d'otites moyennes aiguës survenant à la suite de l'influenza (De l'), par A. Politzer..... 317

Digitized by Google

Pages.

Ouverture de l'apophyse mastoïde dans les otites infectieuses (Les indications de l'), par F. Orgogozo..... 821
Papillomes multiples du larynx extirpés par voie naturelle chez l'enfant à l'aide d'une nouvelle méthode : l'incision avec tube fenêtré, par L. Lichtwitz..... 362
Perforations de la cloison du nez (Les), par M. Hajek..... 735
Polypes de l'oreille (Note sur les), par Hamon du Fougeray.... 587
Pseudophotesthésie d'origine tactile (Sur un cas de), par G. Gradenigo..... 606
Répartition géographique en France des affections de l'oreille (Contribution à l'étude de la), par H. Nimier..... 749
Respiration bucco-nasale (Possibilité de la), par L. Couëtoux... 251
Rhinite atrophique relative (De la), par L. Couëtoux..... 608
Signe otique dans les maladies cérébrales (Le), par Gellé..... 347
Spéculum dilatateur des cordes vocales et élévateur de l'épiglotte pour les opérations endo-laryngiennes et sous-glottiques, par J. Dionisio..... 254
Thrombose des sinus, par Hansberg..... 614
Trachéotomie. Perforateur ou trocart trachéal à pointe dissimulée permettant de pratiquer la trachéotomie sans dilatateur et sans conducteur (Nouveau manuel opératoire de la), par J. Glover..... 352
Tremblement des cordes vocales et troubles de la phonation dans la sclérose en plaques, par J. Collet..... 81
Troubles moteurs du larynx (Des méthodes de classification des), par P. Raugé..... 663
Troubles de l'ouïe liés à une névropathie (Trois faits de), par Gellé..... 924
Tuberculose primitive du larynx (Note sur un cas de), par Trékaki..... 109
Tuberculose du larynx dans l'enfance (La), par A. F. Plicque.. 241
Voix humaine. Rôle du muscle thyro-aryténoïdien (Sur le mode de production de la), par A. Imbert..... 333

Digitized by Google

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

Oreille.

Pages.

Abcès cérébral guéri par une opération au cours d'une otite moyenne, par Truckenbrod..... 220
Abcès otitiques du cerveau, par Jansen..... 707
Abcès de la face extérieure de la dure-mère à la suite d'otite, par Hessler..... 709
Abcès cérébraux d'origine otique. Anatomie pathologique. Pathogénie. Traitement (Contribution à l'étude des), par L. Picqué et Ch. Février..... 883
Acariens de l'oreille chez le lapin ; paraplégie réflexe, par A. Laveran..... 771
Acoumètre nouveau, par Levy..... 953
Acuité auditive (Recherches par la voie osseuse, au moyen des diapasons de l'), par E. Eeman..... 550
Adénome des glandes sébacées de l'oreille externe, par Klingel. 721
Affections de l'oreille moyenne consécutives au lupus du nez, par O. Brieger..... 220
Affection rare du labyrinthe, probablement d'origine scarlatineuse (Une), par E. Baumgarten..... 450
Affection de l'oreille à la suite du tabès, par J. Habermann.... 712
Affections de l'oreille (Contribution à l'étude de la répartition géographique en France des), par H. Nimier..... 749
Affections mastoïdiennes, par O. D. Pomeroy et Cl. J. Blake..... 848 et 849
Anatomie de l'oreille moyenne. Présentation de pièces. Coupes en série, par H. Châtellier..... 213
Anatomie de l'oreille (Rapport des études crâniométriques et de l'), par B. A. Randall..... 849
Anévrisme traumatique de l'artère temporale profonde antérieure (Un cas de guérison d'), par J. Brandt..... 226
Appareil servant à insuffler de l'air ou des vapeurs médicamenteuses dans la caisse du tympan, par Gilles..... 213
Audiphone appliqué au diagnostic otologique (L'), par Gellé... 515
Audition (Note sur le rôle de l'appareil de Corti dans l'), par H. Beauregard..... 772
Audition améliorée d'une façon remarquable par l'ablation de l'étrier, par F. L. Jack..... 851
Balle de revolver enlevée du rocher au moyen du ciseau, par O. Wolf..... 952
Blessure du sinus latéral, par D. B. Saint John Roosa..... 851
Blessure de la membrane du tympan (Evolution rare d'une), par Walter..... 954
Bourdonnements d'oreille sous la dépendance d'altérations de l'oreille moyenne (La cocaïne dans les), par Carralero..... 965

Digitized by Google

Pages.

Caisse du tympan à l'état normal (Importance clinique des replis de la muqueuse de la), par Cl. J. Blake..... 259
Caisse du tympan chez l'homme à l'état normal (Topographie de la), par W. Bryant..... 260
Carie étendue et cholestéatomie de l'apophyse mastoïde. Thrombose du sinus latéral et méningite, par H. Friedenwald..... 261
Cathétérisme de la trompe d'Eustache (Nouveau procédé de) par B. Lœwenberg..... 560
Clinique otologique annexe de la Salpêtrière (année 1890), par Gellé. 49
Collapsus de la membrane du tympan, par C. Lichtenberg..... 225
Corps étranger de l'oreille, par Vàli..... 230
Corps étranger de l'oreille (perles artificielles) (De la méthode agglutinative dans l'extraction des), par Olivenbaum..... 231
Corps étranger du conduit auditif, par Th Schmidt..... 231
Corps étranger tombé dans la caisse du tympan à la suite d'une tentative malheureuse d'extraction par les voies naturelles (Ablation opératoire d'un), par J. Gruber..... 231
Corps étrangers (larves vivantes) dans l'oreille, par Baxter.... 261
Corps étranger de l'oreille gauche (Cas de), par E. Ménière.... 562
Corps étranger de l'oreille (Du danger des manœuvres faites en vue d'extraire les), par H. Luc..... 768
Coup sur l'oreille suivi de mort en moins d'une semaine, par Th. Heiman..... 261
Coupole de la cavité tympanique (Mensuration de la hauteur de la), par Klingel..... 720
Courants électriques : leur action sur les nerfs sensibles, le nerf auditif, et la résistance de la peau dans la tétanie, par F. Chvostek..... 719
Dermatol dans les affections de l'oreille, par Davidsohn..... 234
Diapason pour la constatation de la perméabilité de la trompe d'Eustache (Expérience de), par A. Politzer..... 206
Epilepsie d'origine auriculaire, par B. A. Randall..... 124
Epreuve au diapason. Contribution au diagnostic différentiel des affections de l'appareil conducteur du son et de l'appareil nerveux de l'ouïe (Une nouvelle), par A. Bing..... 264
Epreuve de Weber (Etude analytique de l'), par A. Bing..... 264
Examen du conduit auditif et de la membrane (Perfectionnement du mode d'), par J. Ward Cousins..... 870
Excroissances osseuses du conduit (Traitement des), par U. Pritchard..... 262
Exostose du conduit auditif externe, par D.-B. Saint-John Roosa. 851
Fracture perpendiculaire du rocher, fracture de l'occipital, communication du foyer de la fracture avec le pharynx et le conduit auditif externe. Mort, autopsie, par W. Cazenave..... 50
Fracture du crâne. Fracture oblique de la base du rocher. Otorrhagie abondante, par W. Cazenave..... 50
Fenêtre ronde (Note sur le rôle de la), par H. Beauregard..... 772
Furoncles du conduit auditif externe (Traitement des), par Grünwald..... 233
Gonorrhée (Complication acoustique de la), par Fischel..... 234
Hallucinations auriculaires guéries par l'extraction d'un corps étranger, par Spratling..... 573
Hématome de l'oreille (Considérations sur la pathogénie de l'), par V. Parant..... 769
Hémorragies névropathiques de l'oreille, sans perforation de la membrane tympanique (Contribution à l'étude des), par H. Luc..... 50
Hygiène de l'oreille, par F. Mounier..... 539

Digitized by Google

Pages.

Inflammation mastoïdienne, par H. Knapp..... 124
Influenza (Quelques notes sur les affections de l'oreille pendant la dernière épidémie d'), par S. Szenes..... 223
Injections intra-tympanales de vaseline liquide, par C. Delstanche..... 542
Instruments : I. Sondes flexibles à mandrin caché. II. Obturateur du conduit auditif externe. III. Porte-ouate spiroïde. Enleveur des crêtes de la cloison. V. Raréfacteur modifié, présentés à la 3e réunion annuelle des otologistes et laryngologistes belges, par C Delstanche..... 543
Kyste de la caisse du tympan (Observations de pseudo-), par E. Ménière..... 212
Kyste dermoïde de la région mastoïdienne, par P. Gilis..... 770
Leucocythémie (Complications auriculaires au cours de la), par M. Lannois..... 1
Luxation anormale du manche du marteau, par S. Theobald... 125
Lysol et naphtol dans le traitement des maladies de l'oreille, par R. Haug..... 233
Maladie de Ménière consécutive à l'influenza. Guérison, par T. Bobone..... 963
Maladie de Ménière (Contribution au traitement de la), par R. Mongardi..... 963
Maladies d'oreille traitées en 1887-89 (Compte rendu statistique des), par F. Bezold..... 448
Maladies de l'oreille (Guide pratique pour le traitement des), par J. Baratoux..... 766
Maladies de l'oreille dans leurs rapports avec les maladies du nez et avec l'hérédité (Les), par C. Corradi..... 963
Massage des muqueuses dans les maladies de l'oreille (Bons effets du), par Laker..... 946
Mastoïdites : leur traitement par la glace, par Gorham Bacon.. 125
Mastoïdites (Les derniers traitements des), par A. Wilson..... 571
Mastoïdite suivant une opération de végétations adénoïdes, par Gorham Bacon..... 850
Mastoïdite après une excision du tympan et du marteau, par R. A. Randall..... 851
Miroir de démonstration, par A. Barth..... 954
Néoplasies et processus qui accompagnent la guérison dans les affections scarlatineuses de l'oreille, par S. Moos..... 947
Nerfs de l'oreille interne (Sur l'atrophie des), par J. Habermann. 223
Nerf acoustique (Torpeur du), par Rohrer..... 948
Neurasthénie (Symptômes auriculaires de la), par L. Suñe y Molist..... 964
Névrose accompagnée d'anomalie de l'ouïe due à une frayeur (Un cas de), par C. S. Freund et R. Kayser..... 227
Nystagmus dans les affections de l'oreille, par M. Cohn..... 228
Occlusion traumatique du conduit auditif externe, par Foster.. 572
Opération pour la guérison de la surdité, des bourdonnements et des vertiges dans le catarrhe chronique de la caisse, par S. Sexton..... 719
Opération mastoïdienne, par T. Y. Sutphen..... 850
Opérations sur l'oreille moyenne, par Cl. J. Blake..... 851
Oreille gauche chez un homme mort de méningite (Examen anatomique de l'), par Steinbrügge..... 260
Otite suppurée; accidents cérébraux à la suite du tamponnement postérieur dans une épistaxis grave, par Gellé..... 35 et 43
Otites (Complications cérébrales des), par A. Robin..... 47
Otite moyenne aiguë, par J. M. Ray..... 124

Digitized by Google

Page.

Otite moyenne purulente (Excision de la membrane du tympan et du marteau nécrosé pour une), par C. H. Burnett..... 124
Otite moyenne aiguë avec inflammation de l'apophyse mastoïde consécutive, par C. Lichtenberg..... 224
Otite moyenne suppurée chez les tuberculeux soumis au traitement par la tuberculine (Sur la marche de l'), par Schwabach. 232
Otites catarrhales (Contribution à l'étiologie des), par A. Maggiora et G. Gradenigo..... 263
Otite purulente chronique (Traitement de l'), par S. Sexton et Bryant..... 570
Otite moyenne chronique (Complications intra-crâniennes de l'), par Patteson..... 571
Otites (Torticolis dans les), par Radsach..... 571
Otite moyenne simple aiguë (Incision pratique du tympan dans l'), par F. Mounier..... 758
Otite suppurée ; pseudo-rhumatisme infectieux, par F. Raymond et A. Netter..... 767
Otite moyenne purulente contenant le bacille de Koch à l'état de pureté (Note sur deux cas d'), par A. Martha..... 768
Otite moyenne suppurée; symptômes de méningite partielle et de pyohémie; guérison, par A. Moussous..... 768
Otite parasitaire, otorrhée, surdité, tympan artificiel (Un cas d'), par J. L. Minor..... 796
Otite moyenne et névrite optique, par C. J. Kipp..... 849
Otite moyenne suppurée chronique (Méningite basilaire dans un cas d'), par H. Knapp..... 850
Otite purulente moyenne (Les solutions antiseptiques dans l'), par S. Theobald..... 850
Otite moyenne aiguë (Complication bienfaisante de l'), par S. Szenes..... 950
Otocariase symbiotique des carnivores (Observations et expériences sur l'), par Bailliet et Cadiot..... 770
Oto-laryngologie et son importance pour le médecin praticien (L), par L. Secrétan..... 633
Oto-rhino-laryngologie (Un détail de ma pratique en), par R. Botey..... 964
Otologie (Etat actuel de l'), par Lucae..... 946
Otorrhée chronique : son traitement par quelques nouvelles combinaisons boriquées, par R. Kafemann..... 114
Otorrhée (Hémianesthésie de la face et de la tête au cours d'une), par J. Roy et Gellé..... 215
Ouverture de l'apophyse mastoïde et ablation du tissu malade, par Cl.-J. Blake..... 124
Ouverture opératoire de l'oreille moyenne après décollement de la conque (Nouvelles communications sur l'), par Stacke..... 221
Ouverture de l'apophyse mastoïde dans le cas d'otites moyennes aiguës survenant à la suite de l'influenza (De l'), par A. Politzer..... 317 et 382
Ouverture de l'apophyse mastoïde (Considérations relatives à l'), par T. Heiman..... 720
Ouverture de l'apophyse mastoïde dans les otites infectieuses (Les indications de l'), par F. Orgogozo..... 821
Panotite causée par la diphtérie scarlatineuse (Contribution à la pathologie de la), par F. Rohrer..... 935
Paracentèse de la membrane de Shrapnell (Indications pour la), par Vohsen..... 952
Paralysie faciale consécutive à la pénétration d'un bouchon cérumineux dans l'apophyse mastoïde, par Dalbey..... 571

Digitized by Google

Pages.

Pavillon de l'oreille chez l'enfant (Malformation congénitale et anomalie du), par Variot 51
Pavillon de l'oreille chez les femmes délinquantes (Sur la conformation du), par Gradenigo 963
Perforations anciennes du tympan (Traitement des), par S. Theobald 125
Perforations de la membrane du tympan (De l'interprétation clinique des), par Müller 445
Phlébite sinusienne observée à la Clinique des Maladies de l'oreille de l'Université de Berlin, de 1881 à 1892 (27 cas de), par Jansen 947
Physiologie du labyrinthe, d'après des expériences sur les sourds-muets (Contribution à la), par A. Kreidl 305
Pilocarpine dans le traitement des affections de l'oreille, par Schubert 951
Polypes de l'oreille (Notes sur les), par Hamon du Fougeray... 587
Pyémie métastatique dans les maladies de l'oreille (Guérison de la), par O. Hecke 716
Pyohémie à la suite d'une otite suppurée aiguë, par J.-B. Emerson 850
Réaction galvanique pour l'œil et l'oreille (Sur la concordance de la), par Kiesselbach 220
Réflexe de l'accommodation binauriculaire (Valeur symptomatique du), par Gellé 771
Remèdes nouveaux (Résultats thérapeutiques obtenus avec quelques), par S. Szenes 718
Réunion des Naturalistes et Médecins allemands, à Halle/Saale (Compte rendu de la section otologique de la 64e réunion des), par A. Krakauer 220
Réunion annuelle des Otologistes et Laryngologistes Belges (Compte rendu de la 3e), par O. Laurent 540
Signe otique dans les maladies cérébrales (Le), par Gellé..... 347
Société d'Otologie américaine. Comptes rendus des XXIVe et XXVe congrès ..... 124 et 848
Société allemande d'Otologie (Compte rendu du 1er congrès de la), par A. Joly 945
Suppurations de l'oreille moyenne (Accumulation du pus sur la face externe de la dure-mère au cours de), par O. Hecke.. 714
Surdi-mutité (Causes et moyens de prévenir la), par Lemcke ... 949
Surdité par les oreillons, par Gellé 49
Surdité et écoulements d'oreilles : leur traitement rationnel, par S. Sexton et A. Duane 374
Surdité sensorielle (Un cas de), par A. Barth 948
Thrombose des sinus, par Hansberg 614
Trépanation de l'apophyse mastoïde, par Moll 552
Trépano-ponction de l'antre pétreux chez les enfants, par O. Laurent 554
Troubles de l'ouïe liés à une névropathie (Trois faits de), par Gellé 924
Tumeurs malignes de l'oreille (Contribution à l'étude des), par J. Charazac 770
Vertige auriculaire (D'une forme particulière de), par B. Lœwenberg. 48
Vertige de Ménière. Battements pulsatiles à l'endotoscope dénonçant l'otite, par Gellé 122
Vertige auriculaire (Causes et pathogénie du), par O.-D. Pomeroy. 573

Digitized by Google

Larynx et Trachée.

Pages.

Abcès de la paroi postérieure de la trachée; trachéotomie; mort; autopsie, par Jacobs 51
Abcès de la trachée (Un cas d'), par C. Hicguet 548
Abcès froid de l'épiglotte d'une durée de quatre ans, par Chamberlain 576
Abcès laryngé idiopathique, par Irsay 642
Accidents laryngés dus à l'expulsion de lombrics, par L. Divet. 776
Adénome du larynx (Un cas d'), par E. Schmiegelow 53
Allocution prononcée au XIVe congrès de l'Association laryngologique américaine, par le président : S. Langmaid 853
Altérations de la voix produites par les inhalations d'eau de laurier-cerise et de cyanure de potassium (Note sur les), par Sandras 776
Anatomie et physiologie du larynx (Contribution à l'étude de l'), par Wolff 273
Anatomie pathologique des nodules des chanteurs (Sur l'), par Sabrazès et Frèche 682
Anatomie du ventricule de Morgagni, par B. Fraenkel 962
Arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale aiguë (Un cas d'), par H. Luc 208
Association Laryngologique américaine. Comptes rendus des XIIIe et XIVe congrès annuels 1891-92 ..... 125 et 853
Atlas des maladies du larynx, par R. Krieg 840
Cancer du larynx et de la glande thyroïde (Préparation d'un), par P. Heymann 961
Cantharidine (Action thérapeutique des sels de), par W. Lublinski 282
Cantharidine (Contribution à l'étude de l'action des sels de), par T. Heryng 282
Carcinome primitif de la trachée (Sur un cas de), par A. Pick. 641
Contraction cicatricielle du larynx, par W.-C. Jarvis 130
Contraction du muscle ary-aryténoïdien. Essai d'interprétation des signes laryngoscopiques attribués par Gerhardt à la paralysie bilatérale et complète des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs (Notes sur les), par A. Ruault 566
Corps étranger (sangsue) dans la trachée, par C. Aubert 55
Corps étranger de la trachée extrait par la trachéotomie, par L. Montaz 55
Corps étrangers dans les voies aériennes, par J. Charazac 56
Corps étranger singulier de la trachée, par W.-C. Glasgow ... 125
Corps étrangers (épingle) dans le larynx, par F.-H. Hooper ... 455
Corps étranger pendant 38 ans dans le larynx (Rétention d'un), par Ravenel 455
Corps étrangers du larynx, par Paul Koch 538
Corps étranger du larynx, par Lachlan-Tyler 576
Corps étranger (morceau de verre) resté 21 mois dans le larynx (Ablation d'un), par C. Ramsom 576
Cranio-tabes ou occiput mou, par J. Comby 777
Croup d'emblée (Un cas de), par Jules Simon 61
Epithélioma du larynx (Un cas d'), par M. J. Asch 131
Epithélioma primitif du larynx : laryngotomie; application d'un larynx artificiel, par L. Bayer 555
Erythème syphilitique des cordes vocales (Evolution de l'), par A. Ruault 959
Eversion du ventricule, par J. Scheinmann 218

Digitized by Google

Pages.

Eversion du ventricule droit (Un cas d'), par R. Botey..... 967
Extirpation totale du larynx, par Root 574
Extirpation du larynx entier, de la partie cervicale du gosier, de la glande thyroïde, des anneaux supérieurs de la trachée, par Berg 643
Extirpation d'un cancer du larynx, sans récidive, par Coponotto. 968
Fibro-adénome diffus des muqueuses laryngienne et pharyngienne, par H. Luc 52
Fractures du cartilage cricoïde (Recherches expérimentales sur les), par H. Zilgien..... 57
Fracture des cartilages thyroïde et cricoïde et de la trachée; mort, autopsie (Un cas de), par H. Zilgien..... 58
Fracture du larynx terminée par la guérison, par A. Sokolowski. 455
Grippe (Sur quelques affections des voies respiratoires supérieures coexistant avec des attaques de), par Hartwell-Chapman 854
Hémiplégie laryngée (Contribution à l'étude clinique de l'), par G. Avellis 373
Hémorragies laryngées cataméniales, par C. Compaired.....
Hypertrophie de l'épiglotte (Troubles causés par l'), par C.-C. Rice..... 127
Hystérie. Spasme laryngé avec asphyxie. Trachéotomie, par P. Muselier 59
Influenza (Altérations déterminées du côté des voies respiratoires supérieures par l'), par J. Solis-Cohen..... 129
Influenza (Complications laryngées de la dernière épidémie d'), par P. Heymann et A. Rosenberg 219
Innervation du larynx, par Onodi 273
Instruments pour l'ablation des néoplasmes laryngiens de l'enfant par la méthode de l'intubation avec tube fenêtré, par L. Lichtwitz..... 835
Intubation du larynx dans les sténoses laryngées d'origine croupale et diphtéritique (De l'), par P. Pauli 278
Intubation du larynx, par O. Seifert 279
Intubation du larynx, par Scheier et A. Rosenberg. ..... 705 et 706
Intubation du larynx. par L. Hauck 797
Intubation pour une sténose chronique du larynx chez un enfant de 10 ans, par C.-H. Knight..... 855
Kystes dans les polypes des cordes vocales (De la formation de), par O. Chiari 269
Laryngite hémorragique, par H. Luc..... 52
Laryngites typhiques (Les), par M. Peter 52
Laryngite hémorragique, par Treitel..... 271
Laryngite catarrhale intense; asphyxie; intubation, par C. Kerley. 576
Laryngite striduleuse guérie par la dilatation forcée du larynx (Sur un cas de), par Constantin Paul 774
Laryngite striduleuse (De la dilatation du larynx dans la), par Constantin Paul 774
Laryngite chronique (non tuberculeuse) traitée par l'emploi local du naphtol camphré associé ou non au grattage ou au curettage (Certaines formes de), par P. Tissier 775
Laryngite simple suffocante chez les jeunes enfants (Du pronostic et du traitement de la), par H. Dauchez 775
Laryngite tuberculeuse à forme inflammatoire ulcéreuse circonscrite péri-épiglottique (Variété intéressante de), par A. Ruault. 959
Laryngographe, par Krzywicki 385
Laryngo-spasme unilatéral intermittent (Du), par J. Garel et et J. Collet..... 504

Digitized by Google

Pages.

Laryngo-spasme et tétanie (Un cas de), par Loos 455
Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, par E. Nicaise 54
Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne (Trois observations de), par E. Schwartz 54
Laryngo-typhus (Deux cas de), par Schuster 456
Larynx tuberculeux dans un cas de myxœdème, par Hector Mackenzie 797
Lésions spécifiques du larynx, par F. Schiffers 542
Lupus du larynx. Examen histologique. Cellules géantes fournies par la dégénérescence des alvéoles glandulaires, par E. Leredde 772
Membranes symétriques reliant les bords latéraux de l'épiglotte aux cartilages de Santorini (Sur la formation congénitale de deux), par W. Anton 641
Miroirs laryngoscopiques concaves, par R.-D. Batten 798
Muscles laryngés après la section des nerfs laryngés supérieurs et inférieurs (Dégénérescence des), par F. Pineles 274
Mutisme hystérique avec agraphie, par R. Lépine 59
Mutisme hystérique (Quelques observations sur le), par Paul Koch 532
Mustime hystérique (Un cas de), par M. Natier 776
Mutisme hystérique guéri par la suggestion à l'état de veille, par G. Ficano 967
Néoformation de la trachée, par Edm. Meyer 705
Néoplasmes trachéo-laryngés de la tuberculose, par J.-N. Mackenzie 131
Nerf laryngé supérieur chez le cheval (Recherches sur le), par H. Munk 274
Nerf récurrent (Contribution à l'étude de la physiologie pathologique du), par I. Dionisio 906
Névroses traumatiques (Etat du larynx dans les), par Holz 218
Œdème du larynx à la suite d'une pharyngite, par A. d'Aguanno.
Pachydermie diffuse du larynx (Un cas de), par Wolff 271
Papillômes du larynx chez des enfants (Quelques cas de), par A. Ruault 214
Papillomes du larynx chez l'enfant (Cas de), par A. Bornemann.. 269
Papillomes végétants du larynx, par F. Schiffers 541
Papillome du larynx disparaissant spontanément après la trachéotomie, par Eliasberg 642
Paralysie de la glotte et ictère, par F. Kapper 272
Paralysies récurrentielles (La position médiane des cordes vocales dans les), par R. Wagner 275
Paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur gauche d'origine tabétique, par Grabower 568
Paralysie postérieure du larynx chez les enfants, par Robertson. 643
Peau pour remédier au manque de muqueuse, surtout en laryngologie (Emploi de fragments de), par Witzel 457
Paralysies fonctionnelles de la parole articulée, par Landgraf.. 707
Paralysie bulbaire avec paralysie bilatérale des abducteurs des cordes vocales, par Suckling 870
Pemphigus bulleux du larynx, par Wagnier 557
Périchondrite du larynx (Formes rares de), par E. Baumgarten. 451
Phlegmon septique de l'épiglotte. Trachéotomie. Guérison, par O. Chiari 457
Photographie du larynx et de la cavité buccale, par R. Wagner. 276
Photographie du larynx (Nouvel appareil pour la), par Musehold. 640
Physiologie de la voix et dilatation de la trachée chez les chanteurs, par E. Nicaise 60

Digitized by Google

Pages.

Phtisie laryngée (Traitement local de la), par J. Scheinmann ... 265
Phtisie laryngée (Du traitement chirurgical de la), par R. Kafemann ... 703
Pince laryngienne présentée à la Société berlinoise de Laryngologie, par Wolff ... 385
Policlinique et clinique du professeur Krause, de Berlin (Légère idée sur le fonctionnement de la), par P.-A. Friedlaender.... 968
Polype sous-glottique enlevé avec la pince de Fauvel, par Papadopoulos ... 47
Polype de la trachée après trachéotomie pour le croup; deuxième trachéotomie ; guérison, par E. Révilliod ... 643
Prolapsus du ventricule de Morgagni, par Landgraf... 704
Société de Laryngologie, Otologie et Rhinologie de Paris. Comptes rendus, par P. Gastou, 40, 118, 208, 375, 560, 634, 841 et 956
Société de Laryngologie de Berlin. Comptes-rendus, par F. Peltesohn, 216, 384, 541, 639 ... et 961
Spéculum dilatateur des cordes vocales et élévateur de l'épiglotte pour les opérations endo-laryngiennes et sous-glottiques, par J. Dionisio ... 254
Sténose aiguë d'origine syphilitique. Opération au moyen du curettage sans trachéotomie, par H. Luc... 55
Sténoses laryngées (Contribution à la technique du traitement mécanique des), par L. Lubliner ... 280
Sténose de la trachée et du larynx suivant parfois l'emploi de la canule à la trachéotomie; remarques sur l'état actuel de l'intubation, par B. Pitts et Brook ... 453
Sténose du larynx, par J. Solis-Cohen ... 453
Syphilis trachéale, par J. Wright... 575
Syphilis laryngée, par Katzenstein ... 961
Thyrotomie dans le cancer du larynx (De la), par E.J. Moure .. 60
Thyrotomie chez un enfant de 18 mois, par Clinton-Wagner.... 126
Thyrotomie pratiquée avec succès pour un épithélioma du larynx, par Newman ... 574
Toux nerveuse (De la); par P. Raugé ... 59
Trachée (La forme et le calibre physiologique de la), par F. Lejars ... 59
Trachéite (Inhalation de vapeurs de menthol dans la), par Alfred Martin et Lubet-Barbon ... 40
Trachéotomie (Du chloroforme dans la), par P. Geffrier ... 56
Trachéotomie. Son influence sur les affections du larynx, par A. Kuttner... 272
Trachéotomie. Perforateur ou trocart trachéal à pointe dissimulée permettant de pratiquer la trachéotomie sans dilatateur et sans conducteur (Nouveau manuel opératoire de la), par J. Glover ... 352
Trachéotomie (Hemorragie après la), par Maas ... 456
Trachéotomie chez un mourant atteint de syphilis du larynx, par Rostoshinsky ... 457
Trachéotomie pour néoplasmes multiples du larynx (Un cas de), par J. Solis-Cohen ... 721
Tremblement des cordes vocales et troubles de la phonation dans la sclérose en plaques, par J. Collet... 81
Troubles neuro-moteurs du larynx (Des méthodes de classification dans les), par P. Raugé ... 663
Tubage du larynx dans la diphtérie, par J. Gottfried... 278
Tubage de O'Dwyer dans la sténose laryngée diphtéritique (Le), par J. Schwalbe ... 279
Tuberculose laryngée traitée par la lymphe de Koch, par

Digitized by Google

Pages.

J. Charazac 55
Tuberculose primitive du larynx (Note sur un cas de), par Trékaki 109
Tuberculose du larynx dans l'enfance (La), par A.-F Plicque . 241
Tuberculose laryngée (Recherches sur l'étiologie de la), par E. Fraenkel 265
Tuberculose du larynx (Traitement de la), par A. Gouguenheim. 773
Tumeurs tuberculeuses du larynx, par G. Avellis..... 257
Tumeur siégeant au-dessous de la corde vocale inférieure gauche. Laryngotomie partielle, périchondrite consécutive; guérison, par Kœhler..... 271
Tumeur maligne du larynx traitée par la méthode endo-laryngée, par G. Stoker 452
Tumeur du larynx, par F.-H. Hooper..... 575
Tumeurs laryngées (Formes rares de), par A.-W. Mac-Coy 856
Tumeur du larynx, par H.-L. Swain 856
Ulcérations tuberculeuses du larynx, par Langerhans..... 267
Ventriloquie (De la), par R. Wagner..... 281
Ventriloquie (De la théorie de la), par E. Bleuler 281
Voix humaine. Rôle du muscle thyro-aryténoïdien (Sur le mode de production de la), par A. Imbert..... 335
Voix et parole dans la paralysie agitante (Troubles de la), par A. Rosenberg 569

Nez.

Abcès sous-muqueux double de la cloison nasale d'origine traumatique, par H. Luc..... 63
Abcès des sinus frontaux (Etude sur les), par A. Guillemain.. 64
Abcès de la cloison (Correction de la difformité résultant des), par J. O. Roe..... 857
Abcès des sinus frontaux considérés principalement dans leurs complications orbitaires, leur diagnostic et leur traitement (Etude sur les), par A. Guillemain..... 938
Acide trichloracétique dans les maladies du nez et de la gorge (L'), par Gleitsmann..... 579
Acide trichloracétique dans le nez et le pharynx (Emploi de l'), par G. Killian et Szoldrski..... 645
Anatomie et pathologie de la cloison des fosses nasales aux différents âges (Considérations sur l'), par L. Mauclaire.... 782
Angiomes des fosses nasales (Contribution à l'étude des), par H. Luc..... 65
Aniline dans les affections du nez, de la gorge et des oreilles (De l'emploi des couleurs d'),, par M. Bresgen..... 114
Anosmie après l'ablation des deux ovaires (Un cas d'), par S. Gottschalk..... 292
Anosmie consécutive à des affections intra-nasales. Guérison par l'électrisation continue et faradique de la muqueuse nasale (Deux cas d'), par H. Luc..... 786
Aprosexie et céphalalgie chez les écoliers, par Guye 116
Asthme et troubles des voies respiratoires supérieures, par F. H. Bosworth..... 127
Asthme des foins (Traitement de l'), par A. Rixa..... 723
Atrésie d'une narine et affaissement du dos du nez après l'influenza, par R. Kayser..... 291
Bulbe olfactif (Etude histologique par la méthode de Golgi du), par C. Conil..... 788

Digitized by Google

Pages.

Canal de Jacobson : de la facilité de le reconnaître sur le vivant et de son rôle probable dans la pathogénie de certaines lésions de la cloison nasale (Du), par Potiquet..... 45
Cartilage élastique (Sur la structure du), par A.-H. Pilliet.... 62
Catarrhe de l'amygdale pharyngée (angine de Torwald) (Note sur le traitement du), par A. Ruault..... 122
Catarrhe de l'amygdale pharyngée (Note sur le traitement du), par Lubet-Barbon..... 211
Catarrhes gastriques d'origine naso-pharyngée, par N. J. Fischer. 579
Cautérisations intra-nasales (Résultats éloignés des), par T. A. de Blois..... 857
Cellules ethmoïdales (Les diverses affections des), par F. H. Bosworth..... 128
Ciseau nouveau et nouvelles cuillers tranchantes pour le nez ; nouvelle pédale pour la purification de l'air, par M. Bresgen. 292
Corps étranger resté pendant trois jours dans le pharynx nasal (Un cas de), par E. Saint-Hilaire..... 213
Corps étranger (dent) dans les fosses nasales, par R. Kayser.. 291
Corps étranger (épingle à cheveux) ayant pénétré dans les fosses nasales postérieures (Extraction d'un), par Kelliher 579
Couteau de Schmidt adapté à l'enfant (Le), par L. Couëtoux... 440
Couteau destiné à détruire les synéchies nasales, par T. S. Flatau. 639
Crésol iodé (Du), par Petersen..... 647
Déformations angulaires du nez corrigées par une opération sous-cutanée, par J. O. Roe..... 580
Déviation de la cloison des fosses nasales corrigée par un traumatisme (Un cas de), par Potiquet..... 63
Déviations de la cloison nasale. Présentation d'une pièce anatomique (Sur l'étiologie des), par Potiquet..... 375
Déviation de la cloison nasale. Classification. Embryologie. Présentation de coupes. Règles générales du traitement, par H. Chatellier..... 376
Déviations de la cloison nasale, par J. Sedziak..... 458
Déviation de la cloison nasale (Etude critique sur l'étiologie des), par Potiquet..... 779
Déviation de la cloison nasale. Existe-t-il un rapport entre cette déviation et l'inflexion antéro-postérieure de l'axe de la face? (Recherches sur les causes anatomiques de la), par Potiquet..... 841
Déviations et éperons de la cloison du nez (Du traitement par l'électrolyse des), par J. Bergonié et E. J. Moure..... 940
Déviations et épaississements de la cloison du nez (L'électrolyse
Douche nasale (De la), par P. Tissier..... 69
dans les), par R. Botey..... 971
Douche nasale (Indications de la), par Percepied..... 563
Eclairage de l'antre d'Highmore, par Davidsohn..... 385
Eczéma de la moustache, ses rapports avec les affections nasales, par Louis Marchand..... 936
Electrolyse en chirurgie rhino-laryngée, par Draispul..... 463
Empyème latent bilatéral de l'antre d'Highmore et nécessité du lavage explorateur méthodique de cette cavité dans les cas de blennorrhée nasale (De la fréquence de l'), par Lichtwitz.. 97
Empyème de l'antre d'Hyghmore (Sur les résultats du traitement de l'), par O. Chiari..... 395
Empyème de l'antre d'Highmore (Etiologie de l'), par Sewill, Miller et Macdonald..... 462
Empyème de l'antre d'Hygmore (Contribution à l'étude du traitement de l'), par J. Bloch..... 676

Digitized by Google

Pages.

Empyème du sinus maxillaire (Contribution au diagnostic et au traitement de l'), par R. Kafemann 702
Empyème de l'antre d'Highmore se manifestant uniquement par des symptômes nasaux, par Hal Foster..... 798
Empyème de l'antre d'Highmore (Sur l'origine dentaire de l'), par G. Scheff..... 944
Empyème de l'antre d'Highmore (Contribution à l'étiologie et au traitement de l'), par A. Kuchenbecker..... 955
Empyème de l'antre d'Highmore, par W. Lublinski..... 961
Epaississement de la portion antéro-inférieure de la cloison nasale. Rôle des os sous-vomériens et des cartilages de Jacobson (avec démonstration de pièces anatomiques), par Potiquet..... 844
Epistaxis chez les paludéens (Révulsion à la région splénique pour combattre les), par Cros et L. Imbert..... 786
Epithélioma limité au naso-pharynx (Observation d'), par R. Robertson..... 798
Ethmoïdite suppurée, par J. H. Bryan..... 858
Europhène dans les affections nasales (De l'), par Lœwenstein.. 290
Fibromes naso-pharyngiens (Emploi de l'électrolyse dans les), par A. Capart..... 545
Filets nerveux olfactifs (Origine et terminaison des), par S. Ramon y Cajal..... 973
Galvanocautère pour le nez (Quand est-il utile de se servir du), par M. Bresgen..... 115
Granulations adénoïdes chez un enfant de six semaines (Trois observations de), par C. Astier..... 634
Hémangiome du nez, par C. Krenn..... 292
Hydropisie du sinus frontal, par Frykman..... 647
Hydrorrhée nasale (Contribution à l'étude de l'), par L. Lichtwitz..... 956
Hypertrophie de l'amygdale pharyngée, par E. F. Ingals..... 464
Infections des sinus frontal, maxillaire, sphénoïdal (Complications orbitaires et oculaires des), par A. Guillemain et A. Terson..... 784
Influenza (Affections du nez et de ses annexes dans l'), par P. Tissier..... 421
Instrument nouveau pour les éperons de la cloison, par L. Rousseaux..... 556
Kérato-conjonctivite d'origine rhino-pharyngienne (De la), par L. Couëtoux..... 789
Kystes du nez. Examen histologique et bactériologique (Deux observations de), par H. Chatellier..... 118
Kystes du cornet moyen, par C. H. Knight..... 128
Kystes et abcès du cornet moyen, par G. Macdonald..... 647
Kystes par rétention glandulaire de la partie antérieure des fosses nasales, par H. Chatellier..... 779
Lésions syphilitiques de l'antre d'Highmore, par P. Smurra.... 147
Maladies du nez, de ses cavités accessoires et du naso-pharynx, par C. F. P. Rosenthal..... 373
Maladie de l'antre d'Highmore, du sinus frontal et de la lame criblée (Un cas de), par Pavloff..... 403
Maladies du nez (A propos du rapport des maladies des yeux avec les), par Ziem..... 487
Maladies du sinus frontal (Des), par Coppez..... 577
Massage des muqueuses dans les maladies chroniques du nez, de la gorge, de l'oreille et du larynx (Résultats thérapeutiques du), par C. Laker..... 461

Digitized by Google

Pages.

Miroir nouveau pour la cavité naso-pharyngienne et le larynx (Un), par T. Harke 293
Miroir pour l'examen de la cavité naso-pharyngienne (Un), par L. Jankau 293
Moulage métallique du système des cavités pneumatiques du nez (Un), par Siebenmann 116
Mucocèle des sinus frontaux et des cellules ethmoïdales (Le), par Polignani et de Vicentiis 972
Muqueuse nasale : son action réflexe sur les bronches, par J. Lazarus 286
Muqueuse nasale dans un cas de leucémie (Examen de la), par H. Suchannek 287
Mycose aspergilienne de l'antre d'Highmore, par C. Zarniko... 290
Myxomes des fosses nasales (Traitement radical des), par Casselberry 129
Nasonnement (Cas de), par Wodon 558
Nécrose de la cloison du nez et du palais, consécutive à la fièvre typhoïde, par Fleischer 647
Névroses et névroses réflexes du naso-pharynx, par E. Baumgarten 721
Nez et l'érysipèle (Le), par P. Tissier 807
Odeurs (Du minimum perceptible de quelques), par J. Passy... 789
Opérations simples dans les fosses nasales (Affections de l'oreille consécutives à des), par Hessler 643
Opérations simples des fosses nasales (Affections cérébrales consécutives aux), par Wagner 644
Ouverture buccale du sinus maxillaire et mode de lavage très simple de cette cavité (Soins consécutifs à l'), par H. Luc... 65
Papillomes des fosses nasales, par J. Wright 128
Pathologie et thérapeutique du nez, de la bouche, du pharynx, du larynx et de la trachée, par M. Bresgen 372
Pemphigus de la muqueuse nasale et pharyngienne, par O. Seifert 62
Perforations de la cloison du nez, par M. Hajek 735
Pince nasale, par Herzfeld 569
Pince à polypes du nez (Nouvelle), par J. Ward Cousins 798
Polype muqueux congénital des fosses nasales chez un nouveau-né ; ablation ; guérison, par Le Roy 66
Polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, par M. Natier 117
Polype naso-pharyngien de grosseur inusitée chez une jeune fille de 15 ans, par R. Norris Wolfenden 461
Polypes naso-frontaux avec lésions des deux parois du sinus frontal droit et de la seule paroi antérieure du sinus gauche, par J. M. Espada 972
Préparations normales et pathologiques du nez et de l'oreille projetées avec le sciopticon (Images de), par A. Hartmann et F. Siebenmann 950
Pseudophotesthésie d'origine tactile (Sur un cas de), par G. Gradenigo 606
Pyoctanine dans les suppurations du sinus frontal (De la), par R. Cholewa et J. Katzenstein ..... 288 et 289
Pyoctanine dans quelques affections des voies respiratoires supérieures (Emploi de la), par Lincoln 579
Respiration bucco-nasale. Est-elle possible? par L. Couëtoux. 251
Respiration nasale (Troubles d'accroissement et malformations du maxillaire supérieur et de la cloison dus à la gêne de la), par Kœrner 285

Digitized by Google

Pages.

Respiration (La route suivie par l'air à travers les fosses nasales pendant la), par R. Kayser..... 287
Rhinite chronique (Traitement de la), par Ruck..... 577
Rhinite atrophique (Traitement par l'ichtyol de la), par Phillips..... 578
Rhinite atrophique relative (De la), par L. Couëtoux..... 608
Rhinite fibrineuse (Etiologie de la), par Lieven..... 646
Rhinite croupale ou pseudo-membraneuse, par G. Macdonald.. 723
Rhinolithes (Examen de quatre), par A. Berlioz..... 62
Rhinolithe (Un cas de), par F. Schiffers..... 148
Rhinolithes bilatéraux (Un cas de), par Nitsche..... 285
Rhinolithe, par Kuhn..... 946
Rhinoplastie dans un cas d'acné rosacée hypertrophique, par Delie 548
Rinosclérome (Un cas de), par E. Besnier..... 65
Rhinosclérome, par Jacquet..... 66
Rhinosclérome d'Hébra (Relations entre la chordite vocale inférieure hypertrophique de Gerhardt et le), par A. Baudler.. 283
Rhinosclérome (Bacille du), par Paltauf..... 284
Rhinosclérome (Existence dans quelques autres productions pathologiques des boules hyalines du), par Stepanow..... .. 285
Rhinosclérome (Cas de), par Pavlosky et Pavloff..... 460 et 461
Saillies de la cloison nasale (Une nouvelle méthode de traitement des), par G. Sandmann..... 288
Séquestre nasal (Opération de Rouge pour l'extraction d'un), par C. H. Knight..... 461
Sinus frontal avec le méat moyen (Note sur le mode de communication du), par Alezais..... 64
Sinus sphénoïdal comme voie d'infection intra-crânienne et orbitaire (Le), par H. Kaplan..... 258
Sprays dans les affections des voies respiratoires supérieures (Emploi des), par C. C. Rice..... 856
Suppuration du sinus maxillaire sans lésions dentaires apparentes, par H. Luc..... 42
Syphilis tertiaire nasale (Névralgie naso-lobaire symptômatique d'une), par Gellé..... 46
Syphilis tertiaire des fosses nasales (Considérations sur la), par R. Botey..... 939
Thrombose des veines ophtalmiques et des sinus caverneux à la suite d'une pustule d'acné de l'aile du nez, par Destot..... 63
Tissu érectile des fosses nasales (Note sur le), par A.-H. Pilliet..... 61
Toucher de la cavité naso-pharyngienne, par Ziem..... 67
Tuberculose nasale chez un singe, par Shurly..... 128
Tuberculose primitive de la muqueuse nasale, par Beermann... 460
Tumeurs adénoïdes (Statistique de 1115 opérations de), par E. Ménière..... 69
Tumeur de la grosseur d'une pomme de la cavité naso-pharyngienne (polype fibreux), par R. Kayser..... 291
Tumeur nasale (Démonstration histologique d'une), par Noquet. 552
Tumeur naso-pharyngienne (Ablation d'une), par Boval..... 558
Tumeurs malignes épithéliales des fosses nasales (Les), par R. Dreyfuss..... 778
Tumeur nasale (Examen microscopique des fragments d'une), par Treitel..... 961
Végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge (De quelques troubles provoqués par les), par Lubet-Barbon..... 68
Végétations adénoïdes de la voûte du pharynx (Extirpation des), par H. Hoyle Butts..... 722

Digitized by Google

Pages

Végétations adénoïdes (Des), par A. Gouguenheim..... 787
Végétations adénoïdes du pharynx (Note sur la présence de cellules géantes dans les), par A.-H. Pilliet... 788
Végétations adénoïdes (Tonsillotome pour l'ablation des), par Schütz..... 953

Pharynx et varia.

Abcès rétro-pharyngiens chez les enfants, par Sokoloff..... 466
Abcès péri-amygdalien. Guérison (Ligature de la carotide primitive chez un enfant de 3 ans 1/2 pour hémorragie consécutive à un), par Dunn 724
Abcès rétro-pharyngiens. Opération, par G.-A. Hawkins Ambler..... 799
Abcès de la base de la langue (Note sur un cas d'), par L. Hélary. 931
Abcès rétro-pharyngiens (Sur les), par J. Roquer-Casadesus ... 974
Acide chromique dans les ulcérations syphilitiques (Application locale de l'), par A. Kuttner et T. Heryng ..... 297 et 298
Acide chromique dans le traitement des affections syphilitiques de la cavité buccale (De l'emploi local de l'), par E. Feibes... 298
Actinomycose chez l'homme (Trois cas de), par C. Koch..... 302
Affection maligne de l'œsophage avec perforation de la trachée et des bronches ; mort, par G.-H. Mackenzie..... 471
Amygdales (Discision des), par Gampert 71
Amygdales à l'état normal et pathologique (Les), par H. Allen ..... 126 et 724
Amygdale extirpée (Présentation d'une), par P. Heymann 639
Amygdales avec plaques de Peyer (Du tissu angiothélial des), par E. Retterer..... 793
Amygdalite à streptocoques (Purpura et érythème papuleux noueux au cours d'une), par P. Le Gendre et P. Claisse 859
Anatomie et pathologie du pharynx (plexus veineux péri-pharyngés, dépression et diverticules pharyngés) (Notes sur les), par L. Mauclaire 791
Anesthésie par le bromure d'éthyle ayant causé la mort, par Gleich 582
Anesthésie générale par le bromure d'éthyle (Applications de l'), par Lubet-Barbon..... 790
Angines phlegmoneuses (Contribution à l'étude des), par A. Ruault..... 120
Angine de Ludwig, par Michel..... 132
Angine œdémateuse suraiguë consécutive à une éruption salolée de cause interne, par Morel-Lavallée..... 134
Angine gangréneuse primitive (Un cas d'), par Luzet..... 134
Angine diphtéroïde de la syphilis secondaire, par A. Robin et Deguéret 135
Angine infectieuse ; paralysie du nerf phrénique et du pneumogastrique ; guérison, par H. Rendu 138
Angine à pneumocoques, par H. Rendu et P. Boulloche..... 138
Angine streptococcique, fusée purulente rétro-pharyngo-purulente ; empyème ; mort, par V. Hanot..... 138
Angine diphtéritique : son traitement par les injections interstitielles dans les amygdales, le voile du palais et les ganglions du cou (Recherches sur l'), par Nepveu..... 140
Angine couenneuse traitée et guérie par des injections sous-cutanées de pilocarpine, par E. Vialle..... 141

Digitized by Google

Pages.

Angine couenneuse (De la conduite à tenir dans le traitement de l'), par C. Eloy 141
Angine de Ludwig, par F. Schiffers 148
Angine folliculaire (Etiologie de l'), par J. Sendtner 295
Angine de Ludwig, par B. Gil 469
Angine mercurielle (De l'), par Schuster 544
Angine avec rash érythémateux de la peau (Trois cas d'), par Holsti 648
Angines membraneuses (Les), par Beverley Robinson 855
Angine pseudo-membraneuse à streptocoques, métrite, ecthyma ulcéreux streptococcique de la vulve et du périnée chez une accouchée ; érysipèle phlegmoneux de la paroi abdominale chez l'enfant, par L. Jacquet et J. Renault 862
Angine phlegmoneuse. Péri-amygdalite linguale phlegmoneuse (Sur une variété peu connue d'), par A. Ruault 863
Annual of the Universal Medical Sciences, par C.-E. Sajous... 841
Calcul salivaire du canal de Wharton (Un cas de), par H. Chatellier 380
Cancer du pharynx. Pharyngotomie sous-hyoïdienne. Mort au bout de 9 mois sans récidive, par B. Laquer 291
Cancer de l'œsophage perforant l'aorte (Cas de), par Kolshevniskoff 469
Cancer de l'œsophage, par P. Heymann 639
Cancer latent primitif de l'œsophage; perforation secondaire à la plèvre et au foie, par Dufour 792
Cancer de la langue à signes insolites (Notes sur un cas de), par Trékaki et Lenormand 867
Chancre syphilitique de l'amygdale (Quatre observations de), par C. Szadek 71
Chorée du pharynx, par Jacobi 650
Cocaïne (Sur les propriétés anesthésiques de la), par A. Bignon. 869
Cocaïne (Le phénate de), par von Oefele 870
Coqueluche (Le sucre de canne dans l'urine des enfants atteints de), par P. Cherubino 976
Corps étranger de l'œsophage, par F. Schiffers 149
Corps étrangers des voies aériennes, par H. Niemeyer 295
Corps étranger des voies aériennes ayant séjourné 2 ans 1/2 (Un cas de), par A. Schaefer 296
Corps étranger de l'œsophage perforant l'aorte, par Chencinaki. 470
Corps étrangers des bronches, par Rushmore 582
Corps étrangers de l'arrière-gorge et pharyngo-mycose, par B. de Nabias et J. Sabrazès 636
Corps étranger très irrégulier des voies digestives expulsé sans accident à l'aide du régime des pommes de terre, par J. Solis-Cohen 723
Corps thyroïde (Sur la toxicité des urines des chiens thyroïdectomisés, contribution à l'étude des fonctions du), par E. Gley. 143
Corps thyroïdes (Nouveaux faits pouvant servir à la détermination du rôle des), par Laulanié 143
Corps thyroïde (Effets de l'extirpation du), par E. Gley 144
Destruction presque totale du voile du palais corrigée par un palais mou artificiel, produisant non-seulement une grande amélioration de la parole, mais un accroissement immédiat de l'audition, par J. Thorington 694
Diathèses générales et affections des voies respiratoires supérieures, par Beverley Robinson 131
Diathèses : leur influence sur les opérations pratiquées sur la gorge et leur pronostic (Quelques), par Bryson Delavan 853

Digitized by Google

Pages.

Dilatation de l'œsophage, par Rumpel 470
Dilatation circonscrite de la portion cervicale de l'œsophage, par F. Schiffers 541
Diphtérie et créosote. Médication préventive de la broncho-pneumonie après la trachéotomie, par Soupault 139
Diphtérie du pigeon, par P. Mégnin 139
Diphtérie aviaire (Note sur les rapports de la diphtérie humaine avec la), par P. Haushalter 140
Diphtérie (Les micro-organismes de la), par A. Wilson 471
Diphtérie compliquée d'érysipèle (Cas de), par Pisarzewski 472
Diphtérie (Examen bactériologique de la membrane de la), par Johnston Wyatt 472
Diphtérie (Recherches sur la diphtérie expérimentale et le bacille de la), par Babès 651
Diphtérie (De l'action des ferments solubles sur le poison de la), par N. Gamaleïa 793
Diphtérie (Contribution à l'étude de la toxine du bacille de la), par Guinochet 794
Diphtérie (A propos du traitement de la), par H. Barbier 864
Diphtérie (Note sur le traitement de la), par C. Goris 975
Diverticulum de l'œsophage, par Chavasse 470
Electricité dans les affections de la gorge (Usages de l'), par J. Macintyre 465
Epithélioma du corps thyroïde : examen anatomo-pathologique, par A.-H. Pilliet 144
Epithélioma kystique du corps thyroïde, par A.-H. Pilliet 144
Epithélioma de la portion supérieure de l'œsophage traité successivement par la gastrostomie et la trachéotomie (Cas d'), par D. Newman 581
Epithélioma de l'œsophage, noyaux secondaires dans le diaphragme, le myocarde et les os. Intégrité du parenchyme pulmonaire. Fracture spontanée des deux côtés au niveau des deux bourgeons épithéliomateux. Propagation au sternum : formation d'un abcès sous-cutané, perforation de cet abcès. Phlegmon gazeux, par Du Pasquier 792
Épithélioma fibreux de la base de la langue, par J. Wright 855
Erythèmes infectieux, en particulier dans la diphtérie (Les), par J. Mussy 943
Fibrome de la muqueuse de la joue. Papillome de la pointe de la langue, par Demme 385
Fistules entre l'œsophage et la trachée (Diagnostic des), par Gerhardt 648
Fistule branchiale à paroi complexe; gaine musculaire striée; glandules et diverticules; déductions thérapeutiques, par F. Lejars 868
Fuchsine dans les affections de la gorge (Emploi de la), par Bogroff 294
Gastrostomie (Observations de), par F. Terrier et Louis 147
Glande thyroïde (Note préliminaire sur les effets physiologiques du suc extrait de la), par E. Gley 147
Glande thyroïde (Sur la fonction de la), par Canizzaro 468
Glossite superficielle de Moeller, par Michelson 301
Glossite papuleuse aiguë, par Michelson 301
Glossite intense. Guérison (Erysipèle à début insolite caractérisé par une), par H. Rendu 867
Goitre simple : ses rapports avec la maladie de Basedow, par J. Brühl 145
Goitre suffocant (Du), par Potain 146

Digitized by Google

Pages.

Goitre réduit à la suite de l'ablation de végétations adénoïdes, par B. Fraenkel 384
Goitre (De l'énucléation dans le traitement du), par A. Reverdin. 794
Goitre aérien (Un cas de), par L. Pellegrini 975
Gommes syphilitiques des amygdales, par M. Natier 70
Gonorrhée dans la bouche des nouveau-nés, par Rosinski 309
Herpès chronique récidivant de la cavité buccale, par T.-S. Flatau 299
Hypertrophie des amygdales (Traitement galvanocaustique de l'), par R. Botey 974
Inflammation du tissu cellulaire sous-maxillaire (Deux cas d'), par Baker 650
Inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires avec infiltration de gaz dans les conduits excréteurs et les lobules glandulaires (Des), par Ch. Walther 795
Injections de liqueur de Van Swieten dans le tissu d'une tumeur d'aspect cancéreux (Heureux effets des), par Marage 212
Instruments présentés à la Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris, par A. Ruault 215
Instruments et médicaments divers présentés au XIVe congrès de l'Association laryngologique américaine, par M.-J. Asch, B. Delavan, J.-O. Rœ, C. H. Knight 855
Insuffisance vélo-palatine (L'), par M. Lermoyez 161
Kystes de la voûte du pharynx, par V. Raulin 133
Langue (Affections rares de la), par Rudigier 651
Leucémie (Lésions bucco-pharyngées dans la), par A. Hinterberger 299
Lipome sublingual congénital, par A. Zander 466
Luette (Insertion singulière de la), par P. Heymann 961
Lupus de la langue, par Michelson 300
Lupus primitif du pharynx (Un cas de), par J. Wright 465
Maladie de Basedow (Traitement chirurgical de la), par Dreessmann 303
Maladie de Basedow guérie par une opération nasale (Un cas de), par Musehold 304
Maladie de Basedow (Anatomie pathologique de la), par E. Mendel 304
Maladies de la gorge, du nez et de l'oreille, par P. Mac Bride.. 369
Maladies de la bouche et du pharynx, par A. Ruault 629
Malformation de l'œsophage ; fistule œsophago-trachéale congénitale, par Grandou 146
Muguet (Le champignon du), par P. Achalme 141
Mycose pharyngée (Cas de), par A. Capart 546
Néoformations vasculaires partant de la muqueuse de la joue, par P. Heymann 961
Œdème aigu de la luette, par L. Galliard 136
Œdème aigu local compliqué de purpura et de salivation, par Holmes 648
Œdème angio-névrotique, par Mumford 649
Œsophage perforé par une épingle ; mort par infection purulente, par Dagron 146
Papillome de la luette, par E. Potherat 136
Papillomes pédiculés du voile du palais, par Dunn 581
Papillomes du voile du palais (Trois cas de), par W. Lublinski. 961
Paralysie diphtéritique du palais guérie par les injections de strychnine (Quatre cas de), par Rosenzweig 302
Parotidites suppurées, par A. Zander 469
Pemphigus de la bouche, du pharynx et du larynx, par Mandelstamm 649

Digitized by Google

Pages.

Pemphigus des voies aériennes supérieures, par Irsay..... 650
Perforations syphilitiques de la voûte palatine (Des), par S. Duplay..... 866
Pharyngite fibrineuse chronique, par X..... 586
Pharyngo et œsophagoplastie, par Hacker..... 471
Pharyngomycose, par F. J. Knight..... 854
Pharyngotomie sous-hyoïdienne (Technique de la), par Aplavin.. 468
Phlegmon infectieux du pharynx, de l'œsophage et du larynx; mort; autopsie, par Sauvineau..... 137
Phlegmon infectieux aigu primitif du pharynx, par Hœhlein.... 465
Pierres du poumon, de la plèvre, des bronches et pseudo-phtisie pulmonaire d'origine calculeuse, par S.-A.-M. Poulalion..... 539
Polypes de l'amygdale (Des), par F. Lejars..... 72
Processus tonsillaires inflammatoires (Contribution à la pathologie des), par A. Sokolowski et Dmochowski..... 860
Pustules de la gorge, du pharynx, du nez et du larynx (Un cas de), par Audubert..... 137
Pyorrhœa alveolaris, par Geist..... 303
Rétrécissement congénital de l'œsophage, par Crary..... 581
Saillie osseuse de la paroi postérieure du pharynx, par Zadeck. 293
Saillie osseuse sur la paroi pharyngée chez les enfants, par Henoch..... 294
Sarcome de l'isthme du gosier et du pharynx (Sur un cas de), par H. Hallopeau..... 136
Sarcome de l'amygdale, par Katzenstein..... 569
Sarcome de l'amygdale enlevé par incision extérieure, par Homans..... 650
Sérum de Liebeich (Valeur du traitement par le), par A. Hennig. 704
Spasmes cloniques du pharynx. Aérophagie hystérique, par L. Bouveret..... 132
Stomatite diphtéroïde à staphylocoques (Sur une variété de), par A. Sevestre et P. Gastou..... 135
Syphilis sur les tonsilles pharyngée et périglottique, 3e et 4e amygdales (Contribution à l'étude des manifestations de la), par E. J. Moure et V. Raulin..... 133
Syphilis pharyngo-laryngée (Observation de), par A. Cartaz.... 637
Thyroïdectomie (Innocuité de l'ablation du corps thyroïde et cause des accidents graves de la), par Arthaud et Magon..... 143
Thyroïdectomie double (Expériences sur la), par Quinquaud..... 144
Thyroïdite à pneumocoques, par Gérard Marchant..... 145
Toux de gorge (Traitement de la), par Wladimir..... 858
Traité de chirurgie de S. Duplay et P. Reclus..... 628
Tuberculose des ganglions rétro-pharyngiens, par Sokoloff..... 466
Tuberculose primitive et isolée du pharynx, par Louis Jullien.. 862
Tuberculose de la bouche et du pharynx (Contribution à l'étude et considérations spéciales sur la pathogénie de la), par N. Palazzolo..... 974
Tumeur du palais, par Page..... 468
Ulcérations typhiques pharyngées, par L. Bayer..... 556
Ulcérations tuberculeuses de la langue, avec coupes montrant les bacilles, par C. A. Morton..... 871
Urticaire de la gorge (Diagnostic de l'), par Laveran..... 137
Voile du palais adhérant complètement à la paroi pharyngienne chez une jeune fille de 16 ans, par Kuhn..... 946

Digitized by Google

Indications bibliographiques.

Oreille. Pages 234, 651, 725, 803 et 871.
Larynx et Trachée. Pages 73, 307, 654, 726 et 874.
Nez. Pages 149, 386, 656, 727 et 976.
Pharynx et varia. Pages 153, 473, 657, 728 et 980.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.), 74.1.93.

JUL 17 1978

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07026 1378

Digitized by Google

Digitized by Google